

508
3

JUL 5 1933

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: *Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno 25\$000. Por 2 annos 40\$000.

Vol. XXV

Maio de 1933

N. 5

S u m m a r i o :

Fórma da frusta da poliomiêlite
anterior cronica (Atrofia do
tipo Aran-Duchenne) — Dra.
Ophelia dos Santos 407

Nota sobre a evolução de al-
gumas especies de pulgas em
São Paulo — Prof. Samuel B.
Pessoa e Dr. Cesario L. Horta 417

Sobre um caso de invaginação
intestinal aguda na criança.
— Dr. Ary de Siqueira e Dr. Au-
gusto Gomes de Mattos 423

A proposito dos tumores do ap-
pendice. — Dr. Eurico Branco
Ribeiro. 435

Reuniões Scientificas 441

Imprensa Medica Paulista . . . 461

Literatura Medica 462

Noticiario 465



O melhor vehiculo para as injectões de "914"

Usado nas hemorragias, estados toxico-infecciosos, anaphylaxia, descalcificação, desequilibrios vagotonicos, estados de choque, dermatoses, etc.

INSTITUTO PINHEIROS

BACTERIOLOGIA
SOROTERAPIA

ANALYSES CLINICAS
SERVIÇO ANTI-RABICO

DIREÇÃO DOS DRS.

EDUARDO VAZ E MARIO FERREIRA

Gorgelóco

Gorgelóco

filtrado de cultura de germes insulados de amigdalites, anginas flegmonosas. Para gargarejo e embrocação.

Gorgelóco

indicado nas amigdalites, abscessos amigdalianos, anginas flegmonosas.

Gorgelóco

1/3 de gorgelóco para 2/3 de agua. Gargarejar amiudadas vezes. Póde ser usado em nebulizador ou em embrocação, diversas vezes por dia.

Gorgelóco

frasco de 50 c.c. (prod. 7) e frasco de 200 c.c. (prod. 167).

Laboratorio, Direção, Administração :

R. Fradique Coutinho, 65

(Bairro dos Pinheiros)

End. Tel. "LUZITA" - C. Postal, 951

Telephone 7-5898

Secção de Analises Clinicas :

Rua Libero Badaró, 23

5.º Andar — Sala, 47 e 48

Telephone, 2-4705

De 8 ás 18 horas

SÃO PAULO — BRASIL

OXYCYANETO DE MERCURIO

(Oxycyanure d'Hydrargyre)

GUILLAUMIN

COMPRIMIDOS

GUILLAUMIN

de oxycyaneto de Hg dosado a
0 gr. 50. Antiseptico muito ener-
gico e muito pratico

1 comprimido para 1 a 2 litros de
agua da uma soluçao perfeitamente
tolerada pelas maoes e mucosas.

Asseio feminino

Urethrite — Leucorrhéa

Gynecologia — Metrite

Blenorrhagia

EMPOLAS

GUILLAUMIN

de oxycyaneto de Hg. indolor

(NOVARGYRE)

para injeções sub-cutaneas ou
intramusculares

dosadas a 0gr. 01 por c. c.

1 serie de injeções de 1 c. c. to-
dos os dias contra os

ACCIDENTES SYPHILITICOS

Laboratorio A. GUILLAUMIN, Dr. em pharmacia

13, RUE CHERCHE MIDI — PARIS

Quem experimentar



CAJU PURGATIVO

Nunca mais usará outro purgante

À venda em todas as Pharmacias

Instituto Brasileiro de Microbiologia

R. Oito de Dezembro, 123 - Tel. 8-4348-Caixa Postal, 1202

Deposito: R. da Assembléa, 70 - 3.º andar - Tel. 2-0902

RIO DE JANEIRO

Principaes preparados :

SÓROS: Anti-Diphtherico — Anti-Tetanico — Anti-Dysenterico — Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal Caprino, etc.

VACCINAS: Estaphylococcica — Estreptococcica — contra a Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneumococcica — Pestosa — Meningococcica, etc.

ENDOGLANDINAS: (productos opotherapicos)

Especialidades pharmaceuticas :

CITROBI: Injecções indolores de bismutho. Anti-syphilitico energico.

TITANOL: Novo composto de mercurio. Injecções intramusculares indolores.

GYNEGON: Lypovaccina curativa dos processos inflammatorios annexiaes.

VACCINA ANTI-INFECTUOSA I. B. M.: Antipyogenica de grande efficacia.

IMMUNICALDO: Filtrados bacterianos para uso local. Methodo de Besredka.

ENTERODINA: Vaccina para tratamento das enterocolites.

FLUORYL: Tratamento local dos corrimentos vaginaes.

MATERSANA: Vaccina prophylactica e curativa das infecções puerperaes.

(AMOSTRAS AOS MEDICOS)

DIARRHÉA

DYSENTERIA



AFFECCÕES
GASTRO-INTESTINAES
EM GERAL

TRATAM-SE COM

ARGODYNAL

a base de :

PRATA e OURO *metallicos de acção catalytica-olygodynamica*

PATENTE PROF. DR. HOTTINGER



O Argodynal é absolutamente innocuo.
E' bem tolerado por adultos e creanças.
Por via buccal e por enteroclismas.



Productos Pratadyn Ltda.

São Paulo

caixa postal, 3621

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Por 1 anno \$5\$000. Por 2 annos 40\$000.

Vol. XXV

Maio de 1933

N. 5

Fórma frustra da poliomiélite anterior cronica

(Atrofia do tipo Aran-Duchenne)

Dra. Ophelia dos Santos

Assistente de Clinica Medica de Mulheres da Polyclinica de S. Paulo,
serviço do dr. Eduardo Monteiro.

Trazendo hoje a esta sessão um caso clinico de uma doente portadora de uma poliomiélite anterior cronica, nada mais pretendemos senão oferecer aos colegas uma oportunidade para discutirmos uma afecção que, pela relativa raridade, talvez poucos tenham tido a felicidade de observar.

O caso foi observado por nós no serviço de Clinica Medica do Dr. Eduardo Monteiro.

Trata-se de uma doente, H. O., com 19 anos de idade, branca, russa.

Quanto aos antecedentes hereditarios, nada nos informa digno de nota. Em toda a linha ascendente não conhece ninguém que padeça do seu mal, nem de qualquer sorte de paralisia, o mesmo acontecendo com os colaterais e com os quatro irmãos que possui.

Antecedentes pessoais — nada refere.

O começo das perturbações foi marcado ha um mês, sentindo diariamente cefaléa intensa, pelo entorpecimento do membro superior direito, notando então atrofia muscular que se localizou na região hipotenar, e flexão do dedo minimo. A inspecção da doente, logo impressiona uma atrofia muscular dos interosseos lombicais, do tipo Aran-Duchenne.

A eminencia hipotenar esquerda acha-se reduzida a superfície plana; os espaços interosseos desenhavam-se na face palmar como na dorsal, vê-se a hiperextensão da primeira falange e na flexão das duas ultimas, por via da atrofia dos interosseos e lombricais, musculos cuja ação e flexionar a falange e estender a falanginha e a falangeta, de onde decorre a falta de antagonismo em que se encontram os extensores dos dedos, determinantes da posição. Portanto, pelo exposto, a nossa doente apresenta a mão em garra.

O electrodiagnostico do antebraço e mão esquerda praticado pelo distinto especialista Dr. Livramento Barreto revelou o seguinte:

"Pelo electrodiagnostico do ante-braço e mão esquerda de H. O., verificamos as seguintes reacções quantitativas:

Radial na goteira.	6 MA
Cubital no cotovelo.	7 MA
Extensor commum	7 MA
Cubital anterior	7 MA
Extensor proprio	8 MA
Longo abductor do polegar	9 MA
Longo extensor do polegar	7 MA
Abductor do minimo	6 MA
Interosseos dorsaes	5 MA
Longo supinador	7 MA
Mediano.	4 MA
1.º, 2.º radiaes	7 MA
Pequeno palmar	8 MA
Flexor do polegar	5 MA
Flexor commum	5 MA
Curto flexor do polegar	7 MA

Verificamos comparativamente os musculos e nervos do lado direito, notando apresentar os mesmos resultados numericos. Não foram verificadas nenhuma reacção qualitativas.

Pelos resultados acima julgamos tratar-se de uma lesão central.

Do amigo coll., obr.:
LIVRAMENTO BARRETTO".

Todos os reflexos dos membros inferiores mostram-se normaes. A sensibilidade objectiva, sob todas as suas fórmás, tactil, termica, dolorosa, muscular, óssea, não mostra alteração.

No referente á sensibilidade subjectiva, nada de notavel ha a assinalar. Para o lado dos outros aparelhos nada ha a assinalar.

O exame do liquido cefalo-raquiano feito pelo Dr. LANGE revelou o seguinte:

"Data: 31/III/933.

Liquor sub-occipital deitado — P-8

Cytologia — 0,1
Albumina — 0,05
Chloretos — 7,20
R. Pandý — negativa

Globulinas

R. Nonne — negativa
R. Weichbrodt — negativa
R. Benjoin colloidal — 00000.00000.00000.0
R. Wassermann — negativa.

DR. O. LANGE".

A reacção de Wassermann, no sôro sanguinio, deu resultado negativo.
As reacções de Gomes e Rubino foram negativas.

Faremos agora algumas considerações sobre as atrofias do tipo Aran-Duchenne.

O quadro que hoje se conhece por síndrome de Aran-Duchenne foi tido, pelos seus criadores, como a expressão clínica de uma única entidade nosológica, a atrofia muscular progressiva, afecção que reconheceria como *subtractum anatomico* lesões primitivas dos músculos. Esta opinião era, todavia, demasiada, tanto que, sob a influência de Cruveilhier, Luys e Hayen, se reornou patente o papel das degenerações do segmento inferior do nervo-eixo; mas, nesse momento, caiu-se no exagro de se hotular como de origem espinhal toda e qualquer atrofia muscular.

Mesmo no interior da medula se procurou restringir ao terreno dos cornos anteriores toda a culpabilidade nesta matéria, conceito que perdeu até a averiguação firmadora da multiplicidade das ocorrências anatomo-patológicas quando era uma melopatia a responsável. Foi a época da edificação da esclerose lateral amiotrófica, operada por Charcot em 1872, da paquimeningite cervical lupertrofica, pelo grande mestre da Salpêtrière e por Joffrag, e dos estudos mais apurados sobre a siringomielia, levados avante por Schultze e Kahler, e acerca da meningo-mielite, realizados pelos Prof. Raymond.

Já antes, com Dumenil, as nevrites eram aceitas como factores possíveis da síndrome.

As lesões primárias podem, portanto, localizar-se tanto sobre a medula como sobre os nervos ou os músculos.

CARACTÉRES DA SÍNDROME ARAN-DUCHENNE

A síndrome Aran-Duchenne se observa exclusivamente nas afecções da idade adulta, de preferencia ataca o sexo masculino. A localização a principio é nos pequenos músculos da mão, sobretudo por uma perturbação funcional nos movimentos delicados, como o de escrever, de colher uma flôr, que a atrofia se revela.

A atrofia ás vezes tem inicio na espadua e raramente no braço (Etienne), tronco; excepcionalmente pelos pés e pernas (Raymond e Philipe).

O primeiro musculo atingido é geralmente o curto abductor do polegar, o mais superficial e mais externo da eminencia tenar; sua saliencia fórma uma depressão sobre o bordo externo da mão aproximando-o do indicador.

Todos os musculos das eminencias tenar e hipotenar se atrofiavam achatandoas, o polegar coloca-se sobre o mesmo plano que os outros dedos tomando então a mão uma fórma chata; é a chamada *mão de macaco*.

Antes, ao mesmo tempo ou um pouco depois, os interosseos e lombricaes se acolam, os espaços interosseos se cavam, os metacarpianos ficam salientes, tomando a palma da mão o aspecto de grelha, enquanto que os segundas e terceiras falanges se fletem e as primeiras apresentam-se em extensão ou hiperextensão; é a mão em garra, denominada mão de Aran-Duchenne.

Mais tarde, são tomados os musculos do ante-braço, a principio os flexores e logo em seguida os extensores; o ante-braço se achata, seus ossos tornam-se salientes, formando uma fossa entre os cubitus e radio, a mão pende, flacida, capaz de movimentos passivos os mais exagerados, incapacidade de um movimento ativo; é a mão de esqueleto, mão de cadaver.

A atrofia ganha os braços, espaduas, ante-braço. No braço atinge biceps, brachial anterior, deltoide, tuceps; nas espaduas; trapesio nos 2/3 inferiores, rhomboide, angular, o grande denteado, grande dorsal, grande e pequeno peitoral. Tardiamente o torax, os musculos das goteiras vertebraes, as massas sacro-lombares diminuem de volume, o tronco se encurva, a cabeça se inclina para deante, ha cifose dorsal ou ás vezes uma ligeira cifo-escoliose, lordose lombar. Excepcional e tardiamente a cabeça tomba sobre o esterno.

Os membros inferiores raramente se atrofiam: começa pelos pequenos musculos do pé e sobre os flexores do pé sobre a perna, depois ganha os flexores da perna e os da coxa, enfim os extensores.

A face nem sempre é indemne, contrariamente á opinião classica, os pequenos musculos superficiaes, cuticulares, que são atingidos, tomando a face um aspecto uniformemente edemaciada, muito caracteristica.

As contrações fibrilares ou fasciculares faltam raramente: estendem-se a uma grande parte da musculatura ou se localisam em algum musculo em via de atrofia, mais particularmente em certos casos, o deltoide por exemplo.

O exame clinico não revela o momento de evolução, alguma hipetrofia verdadeira ou falsa de qualquer dos musculos ou de uma de suas porções. Não se constataam reações fibro-musculares, e as articulações revestidas de musculos atrofiados ficam frouxas. A contractilidade electrica varia para cada musculo, segundo o periodo de atrofia e mesmo para cada feixe muscular.

A contractilidade faradica diminue progressivamente até que a atrofia seja completa.

A contractilidade galvanica diminue mais tarde, aumenta quando o numero de fibras em via de degeneração não se apresentam completamente atrofiadas: nesse momento a contracção é lenta e a curva de fechamento é mais forte no polo + que no |-|: é o inverso da formula normal, é a reacção de geração. Enfim, a contractilidade galvanica diminue e desaparece definitivamente.

CHLORO- CALCION

ADOPTADO NOS TRES SANATORIOS DE BELLO HTE.



R. AUBERTEL & CIA. LDA.
CX. POSTAL 1344 - RIO DE JANEIRO



Substituem o Oleo de
Fígado de Bacalhau
pela

ASCOLEINE RIVIER

a base de lipóides
de Fígado de Bacalhau

Vitaminas A-D-E

**EM SOLUÇÃO
EM GRANULADOS
EM EMPOLAS**

POSOLOGIA: Por dia 1 a 2 colheres de café de solução ou de granulados, de preferência uma meia hora antes das refeições, ou cada dia ou cada 2 dias uma injeção intramuscular indolor.

ADOPTADA
nos tres Sanatorios
de Bello-Horizonte

R. Aubertel & Cia. Lda. — Caixa 1344 — Rio

A reação de degeneração aparece no momento da atrofia; seu aparecimento é em regra nas atrofias mielopáticas e excepcional nas miopáticas, mas não é patognomônica.

A excitabilidade elétrica dos nervos é normal ou diminuída, raramente abolida.

Os reflexos tendinosos são variáveis, mas sua variação não aparece proporcional à atrofia. É em geral diminuído desde o princípio; certas formas de atrofia Aran-Duchenne, na pachimeningite, na forma espasmódica da siringomielia, em algumas meningo-mielites sífilíticas com a esclerose dos cordões laterais, são exagerados quer precoce ou tardiamente.

Os músculos atrofiados apresentam-se finos, cianóticos, a pele é delgada, às vezes coberta de um pânículo adiposo pseudo-edematoso, depressível ou endurecido (Duchenne, Vulpian).

A fragilidade dos ossos, das atropatias é semelhante à de tabes e da siringomielia, podendo surgir em casos de amiotrofia pela mielite sífilítica.

A evolução de síndrome Aran-Duchenne é naturalmente variável com a molestia originária: é particularmente rápida na esclerose lateral amiotrófica (2, 4, 5 anos no máximo), particularmente lenta na siringomielia (30 ou 40 anos). Os músculos não são sempre simetricamente atrofiados, é ordinário a atrofia de um segmento do membro preceder de alguns meses do segmento correspondente do lado oposto.

A morte é devida a uma molestia intercorrente, ou à propagação da molestia causal: frequentemente o doente sucumbe com crises dispnéicas, tachicárdicas e arritmicas que se atribuem à atrofia do diafragma (respiração paradoxal com retração inspiratória do abdômen, ou atingindo núcleos bulbares (paralisias labio-glosso-laríngea). Estas crises podem ser devidas em parte a atrofia da musculatura visceral e em particular do coração; já foi descrita atrofia muscular completa de todos os órgãos musculomembranosos (intestinos, estômago, bexiga, vesícula biliar, coração).

VARIEDADES NOSOLÓGICAS DA SÍNDROME ARAN-DUCHENNE

Pelo quadro abaixo se verá a diversidade das afecções que podem reproduzir uma atrofia muscular do tipo Aran-Duchenne:

Mielopáticas.

Protopáticas:

- Poliomielite anterior crônica
- Esclerose lateral amiotrófica

Deuteropaticas:

Siringomielia
Paquimeningite cervical hoptertrofica
Meningo-mielite sifilitica
Esclerose em placas
Tabes
Compressão da redula
Hematomielia

Nevriticas:

Lepa
Mal de Morvan
Saturnismo
Compresso do plexo braquial ou do tronco do mediano e cubital

Miopaticas.

Atrofia de Charcot-Marie
Atrofia tipo facio-eseapulo-humeral, no periodo de generalisação.

Na esclerose lateral amiotrofica, pachimeningite cervical hipertrofica, esclerose em placas, alguns casos de siringomielia e de meningo-mielite sifilitica, tem tendencia a espasmocidade com exagero dos reflexos tendinosos.

Na esclerose lateral amiotrofica a evolução é rapida, a morte sobrevem em poucos anos. Os casos prolongados descritos (10, 15, 20 anos) sejam casos de mielite com paralisia labro-glosso-laringéa, é a terminação ordinaria, existe desde o principio sendo muito caracteristico.

Esclerose em placas, a amiotrofia geralmente moderada pôde tomar uma importancia muito consideravel, pois que, Charcot descreveu uma fórma amiorofica. Para Lejonne esta fórma amiotrofica se distingue da sindrime Aran-Duchenne por certos caractéres: a amiotrofia atinge geralmente os membros superiores e inferiores; na mão predomina sobre os interosseos, no membro inferior sobre o triceps sural e o quadrieceps crural; ella não é completa sobre algum musculo, não se acompanha em geral de contrações fibrilares e jamais de reação de degeneração.

A' paralisia é contractura junta-se rapidamente a atrofia que a precedem e para fóra dos sinaes ordinarios da esclerose em placas de marcha cerebelosa ou espasmodica, nistagmus, perturbações da visão etc., a fórma amiotrofica da esclerose em placas se caracteriza pela frequencia e pela precocidade das perturbações esfinterianas, troficas e mentaes.

A siringomielia não se acompanha sempre da sindrome Aran-Duchenne; a fórma da mão é sempre a de pregador, com hiperestensão do punho, é a mão em pinça, (Marie e Guillain), com contratura sobreudo dos tres ultimos dedos.

Quando a mão é a de Aran-Duchenne, a siringomielia se distingue pela dissociação da sensibilidade objetiva (abolição das sensibilidades dolorosa e termica e conservação da tactil), pelas perturbações motoras e troficas, pela cifo-escoliose.

A molestia de Morvan - uma forma de siringomielia ou de lepra com predominancia de perturbações troficas (panarícios analgésicos etc.). A lepra de forma nervosa não se acompanha sempre de amiotrofia; quando esta existe pôde ser devida a uma nevrite, é sem duvida, uma lesão das celulas radiculares da medula. Atinge sobretudo as mãos, mas nem sempre produz a mão de Aran-Duchenne. Se distingue pelas circunstancias etiologicas, pelos sintomas comuns com a siringomielia taes como a sensibilidade dissociada, perturbações troficas, et., e pelos sintomas que lhe são proprios: anestesia, espressamente dos troncos nervosos, entre outros o do cubital na goteira olecraniana, concomitancia de nodulos leprosos etc.

As meningo-mielites infeciosas, e em particular a sifilitica, parece ser a causa da síndrome de Aran-Duchenne, no maior numero de casos onde esta síndrome é observada mais ou menos pura. Varios sinais clinicos a distingue da poliomielite anterior cronica verdadeira: parestesia precedendo a atrofia, dores, evolução rapida. Alguns desses sintomas não são constantes e nem característicos; a parestesia sempre precede a atrofia, quer pela lesão causal, pois que a perturbação funcional é sempre o primeiro fenomeno que chama a atnção: evolução mais lenta (16, 18 anos).

Entretanto a existencia de dores persistentes e a rapidez da evolução devemos pensar si se trata de uma meningo-mielite sifilitica ou omiotrofia de Aran-Duchenne; o diagnostico se confirma mais ou menos tarde aparecendo o exagero dos reflexos rotulianos e extensão dos artelhos, sinais de degenração do cordão lateral; enfim pôde-se estabelecer com segurança quando se observa: 1.º) sinal de Arghl-Robertson, sinal característico e precoce da inflamação do sistema nervoso central (Babinski e Charpentier), cuja contatação é de grande importancia e a ausencia não deve regeitar a idéa de sífilis nervosa, pois que, pôde faltar nas amiotrofias sifiliticas; 2.º) linfocitose do liquido cefalo-raquidiano.

Na tabes pôde-se constatar a amiotrofia do tipo Aran-Duchenne, atrofia dos membros superiores e inferiores; encontram-se atrofias diversamente localizadas, da lingua, dos musculos innervados pelo ramo externo do espinal, dos mastigadores, etc. Estas amiotrofias são precoces e frequentemente asimetricas. Merecem ser distinguidas das atrofias tardias, mais frequentes que no periodo de incoordenação confirmada, reduzem simetricamente os membros inferiores de proporções esqueléticas e provocam o aparecimento do pé bot flacido e atonico, descrito por Joffroy.

Estas ultimas atrofias podem ser devidas a uma nevrite: as primeiras e em particular a atrofia Aran-Duchenne, depende de uma atro-

fia das células radiculares anteriores da medula (Pierre-Marie), Condoléon, Leyden, Charcot, Pierret, Schaffer, Raymond e Filipe, Collins.

O estado da meningo ao nível da passagem das raízes anteriores não pôde ser devido a esta degeneração celular, podendo ser provocado pelas nevrites: é logico admitir hoje que a atrofia de origem espinal na tabes pôde não ser uma complicação, mas que as duas afecções podem reconhecer uma causa comum (Léri): a meningo-mielite sífilítica origina-se da tabes pela sua localização sobre a meninge e o cordão posterior (P. Marie e Guillain) ou da atrofia muscular pela sua localização nos cornos anteriores.

A síndrome Aran-Duchenne foi assinalada em um certo numero de casos de paralisia geral. Em certas nevrites pôde-se observar atrofia tipo Aran-Duchenne; na nevrite saturnina em particular (Mme. Dejerine, Remak, Molins).

A evolução da atrofia, a paralisia mais ou menos pronunciada a principio, a noção etiologica profissional e a constatação dos estigmas e dos accidentes saturninos, permitem geralmente de levar a síndrome Aran-Duchenne de origem saturnina a sua verdadeira causa.

Estando estas diferentes afecções causas da síndrome Aran-Duchenne eliminadas, resta-nos falar sobre uma molestia d'Aran-Duchenne, caracterisada por uma poliomyelite anterior cronica pura, justamente sendo o nosso caso. Esta afecção produz uma degeneração progressiva primitiva, sistematica e isolada das células dos cornos anteriores.

Afecção constatada pela autopsia e cujos cortes examinados revelaram uma linfocitose peri-vascular e meningea provavelmente de origem sífilítica.

Porém, em nosso caso, a etiologia apresenta-se obscura.

Rua Conselheiro Ramalhe, 5

GRANDE LOTERIA DE SÃO JOÃO

MAIOR, MELHOR, MAIS BARATA QUE A DA HESPAHANHA

LOTERIA DA ALLEMANHA - 80% EM 308002

MAIOR DO MUNDO

14 de Junho - 4.a-feira, 14 - São João

106.196.700 MARCOS OURO (531 MIL CONTOS DE REIS)

INTEIRO 2:000\$; MEIO 1:100\$; QUARTO 550\$; OITAVO 275\$000

Telegramas, listas e pagamentos de qualquer premio no Brasil pelo BANCO, decreto especial do Governo do Reich, n.º 6723, de 21/4/1932. — Banqueiros, industriaes e alias personalidades brasileiras já adquiriram bilhetes. Mande seu cheque e pedido hoje mesmo ao Agente official e exclusivo no Brasil **F. R. Ferreira**

Rua Boa Vista, 18 4.º andar - TELEPHONE: 2-4715 Endereço Telegraphico: "ALEMA" São Paulo

PEDIDOS PARA NORTE E SUL POR VIA AÉREA

ANESTHESIA GERAL

BALSOFORME

Ausência de período de excitação.

Sedativo operatorio calmo.

Tensão abdominal normal.

Somno rápido
Despertar natural
e euphorico.

Inexistência post-
operatoria de
vômitos.



Pastilhas de
FORMITROL
WANDER

SUBSTANCIA ACTIVA: ALDEHYDO FORMICO

**PREVENTIVO
da GRIPPE por
EXCELLENCIA**

Fabricado pela

Dr. A. Wander S. A.
BERNE — SUISSA

Sua acção manifesta-se prophylactica e therapeutica nos seguintes casos:

Inflamações da mucosa buccal e das vias respiratorias superiores, angina catarrhal, abcessos das amígdalas, laryngotracheites, angina pseudo-diphtherica.

Conferem á saliva propriedades bactericidas muito energicas sobre os germes da gripe, da diphtheria, da pneumonia, da febre typhoide, e'c., evitando o surto das molestias pelas quaes são responsaveis os referidos agentes pathógenos.

AMOSTRAS E LITERATURAS Á DISPOSIÇÃO COM OS UNICOS
CONCESSIONARIOS PARA O BRASIL:

Productos Farmaceuticos
Barroso & Walter Ltd.

**RUA ANITA GARIBALDI, 217
S Ã O P A U L O**

**RUA 1.º DE MARÇO, 82-2.º
RIO DE JANEIRO**

Nota sobre a evolução de algumas especies de pulgas em São Paulo (*)

Prof. Samuel B. Pessôa

Dr. Cesario L. Horta

O cyclo biologico dos Siphonapteros tem sido pouco estudado entre nós. Foram feitas observações no Brasil por Diniz, na Bahia e Almeida Cunha no Rio de Janeiro. (Dr. R. de A. Cunha — Contribuição para o estudo dos siphonapteros do Brasil — Rio de Janeiro — 1914). Para Diniz o tempo para a evolução total do ovo á imagem, para o *Pulex irritans*, é habitualmente de 28 dias no verão e cerca de 36 no inverno. Almeida Cunha trabalhando com o *Ctenocephalides canis* (End.) e *Ctenocephalides felis* (Bou.) no Rio de Janeiro, verificou sua evolução, do ovo á imagem, em 20-27 dias.

Numerosas são as condições que podem influir sobre o tempo necessario ao desenvolvimento das pulgas, sendo as mais importantes a temperatura e a humidade; estas questões têm sido bem estudadas pelos autores estrangeiros.

As nossas investigações se limitaram a procurar conhecer o tempo total para a evolução destes insectos, nas condições ambientes normaes em S. Paulo, no inverno e no verão. As larvas eram criadas em frascos de vidro na temperatura e humidade relativa do laboratorio; como alimento era-lhes fornecido sangue secco em pó.

Trabalhamos com as seguintes especies: *Xenopsylla brasiliensis* (Baker, 1904); *Xenopsylla cheopis* (Rothschild, 1903) e *Ctenocephalides felis* (Bouché, 1835). No inverno trabalhamos nos mezes de Maio, Junho e Julho de 1932; e no verão nos mezes de Dezembro

(*) Trabalho do Laboratorio de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

e Janeiro de 1933. Damos, a seguir os algarismos relativos ás temperaturas maxima e minima e humidade relativa:

	1932				1933
	MAIO	JUNHO	JULHO	DEZEMBRO	JANEIRO
Maxima absoluta . . .	28,8	26,7	29,0	52,6	33,0
Media Max.	22,8	21,7	25,0	27,1	27,3
Minima absoluta. . . .	8,2	1,9	6,3	11,8	13,1
Média Min.	12,8	10,8	10,2	16,9	16,6
Humidade relativa. . .	84	83	134	82	83

No inverno a evolução total das especies estudadas variou de 64 a 74 dias. As primeiras imagens da *X. brasiliensis* começaram a sahir 64 dias após a postura das femeas; as da *X. cheopis* atrazaram-se de 2 a 8 dias em relação a *X. brasiliensis*. O periodo de incubação dos ovos variou de 7 a 8 dias, ao passo que Almeida Cunha viu a eclosão fazer-se no prazo de 10 a 12 horas. O estadio larvario durou 32 a 34 dias para a *X. brasiliensis* e 34 a 36 dias para a *X. cheopis*. Permaneceram em estado de pupa durante 25-30 dias, sahindo, finalmente, as imagens 64 a 72 dias após a postura. Não conseguimos o desenvolvimento completo, no inverno, da *Ctenocéphalidês felis*.

No verão o cyclo biologico foi mais rapido, e constituiu numa abreviação grande do estadio pupal. O *Ctenocephalides felis* levou 28 a 32 dias para a evolução total, numero que se approxima muito do obtido por Diniz. (cit. in Almeida Cunha). A *X. brasiliensis* e a *X. cheopis* gastaram 30 a 34 dias ,desabrochando-se as imagens da *X. brasiliensis* em 2 a 4 dias de avanço sob as da *X. cheopis*.

Damos abaixo um quadro resumindo os resultados por nós obtidos.

	X. BRASILIENSIS		X. CHEOPIS		CT. FELIS	
	Verão	Inverno	Verão	Inverno	Verão	Inverno
Ovos.	2-5	7-8	2-5	7-8	2-4	7-8
Larvas	20-22	32-34	22-26	34-36	20-22	26-30
Pupas	4-8	25-30	4-8	25-30	4	—
Imagens	26-35	64-72	28-39	66-74	26-30	—





Microphotographia 1.

Larva *Xenopsylla brasiliensis* (2.^a muda)

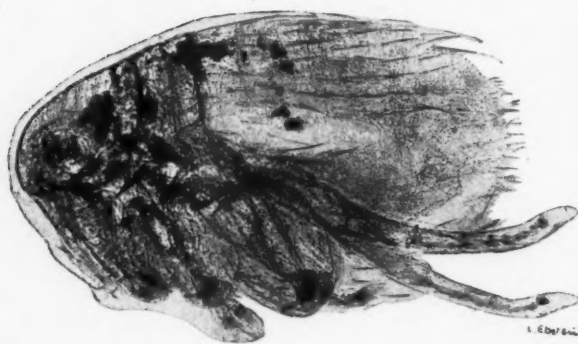


Microphotographia 2.

Larva *Xenopsylla brasiliensis* (3.^a muda)



Microphotographia 3.

Larva *Xenopsylla cheopis* (2.^a muda)

Microphotographia 4.

Pupa do *Xenopsylla brasiliensis*.



NAIODINE

**TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES**

**SÉDATION RAPIDE
ET ATOXIQUE**

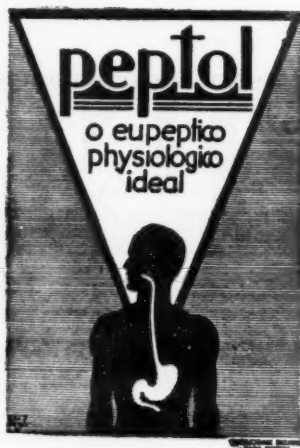
en
ampoules
de

5 cc.
10 cc.
20 cc.

injection
indolore
10^{cc} à 30^{cc} par jour

Laboratoires **E. LOGEIS**
24, Rue de Silly
BOULOGNE-sur-SEINE
près PARIS FRANCE

NAIODINE



No tratamento da syphilis

BISMUTRIOL

offerece as seguintes vantagens:


- I — E' anti-syphilitico poderoso
- II — E' absolutamente indolor
- III — E' isento de qualquer substancia analgesica
- IV — E' chimicamente puro
- V — E' autoclavado a 120°.
- VI — Não determina reacções locais ou geraes.
- VII — Não determina nodulos.
- VIII — Não determina estomatite nem albuminuria.

Conquanto seja o BISMUTRIOL composto soluvel, apresenta-se sob a forma de suspensão oleosa e por isso deve-se agitar bem a empola e aquecel-a ligeiramente antes de fazer uso.

Uma empola cada 2 dias

Logo se pensa em *Cyclosol*

quando ocorre um caso de **Gripe**,
pneumonia ou bronchite. E' medica-
 ção especifica das congestões pulmo-
 nares post-operatorias e empregada
 tambem na asthma e na tuberculose.

 *Instituto Biotherapico Brasileiro*

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

Para amostras e literatura, os Srs. Medicos poderão se dirigir ao representante em São Paulo: T. NEUBERN — Telephone, 2-3898 — Caixa Postal, 1490

Sobre um caso de invaginação intestinal aguda na criança (*)

Dr. Ary de Siqueira

Cirurgião do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia
de S. Paulo

Dr. Augusto Gomes de Mattos

Assistente da clínica de criança do Dr. Margarido Filho

A observação que trazemos aqui é em tudo semelhante ás descrições classicas.

OBSERVAÇÃO : menino D. M., 6 mezes, branco, brasileiro. 11-12-932.

Ant. pessoas : Nasceu a termo, pesando 4.500 grs.. Foi alimentado com leite materno, cada 3 horas. Tomava ainda, quando adoeceu, havia 10 dias, caldo de semolina. Nunca adoeceu, a não ser ligeira diarréa com fezes esverdeadas por alguns dias, que cedeu logo com dieta. Assustava-se com facilidade, temperamento nervoso. Pesava na ocasião 8.500 grs.. Não foi vacinado contra a variola e nem com a B.C.G.. E' nascido 8 anos após o ultimo irmão.

Ant. familiares : Paes vivos e fortes. E' o 5.º filho. Seus irmãos são fortes. Perdeu um na idade de 1 ano com disenteria amebiana. Todos nasceram a termo. Sua mãe teve um aborto ao 3.º mez, consecutivo a uma queda. Um de seus irmãos, rapaz de 17 anos, sofre de perturbações nervosas, com periodos de depressão.

Hist. da molestia : No dia 10, pelas 8 horas da noite, o menino se mostrára inquieto, choramingando sem cessar, palidez accentuada, tremores, resfriamento geral, suores. A' meia noite começou a vomitar, primeiro o leite ingerido, depois bilis. Assim passou toda a noite em grande agitação. Pelas sete horas da manhã eliminou pelo intestino quantidade regular de sangue. Deram-lhe um banho morno prolongado que nada adiantou. A não ser essa evacuação de sangue nada mais evacuou e nem eliminou gazes desde as 8 horas da noite do dia 10, até a ocasião em que o vimos ás vinte e meia horas do dia 11.

A's onze e meia dessa manhã o doentinho foi visto pelo Dr. Uzeda Moreira, que o examinando suspeitou tratar-se de invaginação intestinal, recomendando que trouxessem o menino para S. Paulo.

Aqui chegando, o quadro era o mesmo, continuando os vomitos e o estado geral não se tinha modificado. Fomos chamados e constatamos : menino bem nutrido, estado geral relativamente bom, mas bastante agitado ; ventre abaulado,

1) Resumo de uma comunicação feita em 13-2-933, 4 Secção de Pediatria da Associação Paulista de Medicina.

nem saliências anormais. Não havia defesa, podendo-se apalpar bem o abdome na inspiração, sentindo-se na fossa ilíaca direita, entre a espinha ilíaca antero-superior e a cicatriz umbelical, mais ou menos no ponto de Mac Burney, um tumor do tamanho aproximado dum limão, movel manualmente, não muito consistente, de bordos pouco sensíveis, doloroso á palpação. Feito o toque retal, não foi encontrado o tumor na luz do intestino. Houve nessa ocasião nova eliminação de sangue. O pulso era de 130 por minuto, regularmente tenso, ritmico. Foi resolvida a intervenção cirurgica.

Operação: Anestesia geral pelo Balsoformio, com mascara de Ombrédanne. Incisão mediana infra umbelical de cerca de 10 cms. Aberto o peritoneo, notamos algumas alças intestinaes contraídas, com excepção da porção terminal do ileo que se achava regularmente dilatada. Evitamos com compressas a exteriorisação do delgado. Examinado o ceco e o colon ascendente que eram bastante moveis, constatamos a presença de um tumor constituído pela intusseção do ileo, do ceco e parte do apendice no colon ascendente. A extensão do tumor era de cerca de 8cms. e a porção terminal do apendice aparecia para fóra com coloração arroxeada. Foi facil a redução, pois não havia ainda aderencias. O intestino estava integro, apresentando-se apenas o peritoneo aspero, ligeiramente irritado. Como o apendice tivesse a ponta cianosada, fizemos a apendectomia. Fechamento do peritoneo com catgut n.º 1 e sutura da aponevrose e musculos com catgut n.º 2. Na pele, crina e agrafes. Fechado o curativo enfachamos o abdome com ataduras. Duração da operação: 20 minutos.

No periodo post-operatorio fizemos no primeiro dia soro fisiologico hipertónico na veia e diariamente 50 a 100 c.c. de soro glicosado subcutaneamente.

No dia seguinte ao da intervenção elim nava livremente gazes e evacuou.

Não houve acidente algum, os pontos foram retirados no dia 16 e o doentinho teve alta curado no dia 18 de dezembro p.p.

Esse doente foi visto um mez após a intervenção, por um de nós, sendo constatado nada mais apresentar ele, ser perfeita a cicatrização e não haver ponto fraco na linha de incisão.

A invaginação intestinal é sem duvida uma afecção de frequencia maior na infancia. Todos os que dela têm se occupado estão de acôrdo neste ponto. São interessantes as estatisticas de Landry, Leichtenstern, Edington, Hess e muitos outros. Vejamos: Leichtenstern em 131 casos dá a porcentagem de 61 % abaixo de 6 mezes; Grisel, em 300 notou 204, sejam 68 % abaixo de um ano. Guillaume diz que a média das observações publicadas daria 60 % abaixo de um ano. D'Allaines e Armingeat num trabalho mais recente, de 1931, calculam em 68 % os casos no primeiro ano e 50 % abaixo de 6 mezes. Bolling em 51 casos acha 75 % no primeiro ano.

A afecção é mais frequente no sexo masculino que no feminino. Os trabalhos publicados, entre os quais os de Broca, Bolling e Lotsch dão uma média que oscila de 60 e 75 % para o sexo masculino. Para explicação desse fato têm sido lembradas varias causas. Kock e Oerum a explicam pela diferença nos órgãos genitais e anexos. Consideram eles a grande mobilidade do testiculo nos primeiros tempos de vida, quando é até frequente a ectopia e que, excitações do funiculo, seriam ponto de partida para um aumento do peristaltismo. Os autores citados fizeram experiencias em gatos, submetendo o funiculo a fortes pressões e notaram contrações expasticas ao nivel do ceco e visinhanças. (Rabe). São ainda referidas como causas predisponentes no sexo masculino a hernia e a hidrocele congenitas. Qualquer que

seja a causa é notoria a predominancia no sexo masculino. Nos casos de Weiss foi ela de 65 % para o masculino. Wiggin dá 75 %, Dumbard 76 % e Gay 63 % para o mesmo sexo.

Quanto á distribuição geografica têm sido apontados os paizes do Norte da Europa, principalmente Inglaterra e Dinamarca, como aqueles em que a invaginação apparece com maior frequencia. Nenhum dos autores por nós consultados dá valor a essa observação, acreditando que se trate talvez de melhor conhecimento da afecção nesses paizes.

A região ileo secal é ponto de eleição para as invaginações intestinaes. Diz Ombrédanne que ella é ileo-cecal em 82 % dos casos; ileo colica em 11 %; ileal em 5 % e colo-colica em 2 %. Póde-se localisar ainda sobre o appendice ou sobre o diverticulo de Meckel que se invertem como dedo de luva.

Grisel, no Congresso de Pediatria de Roun, 1904, calcula que a frequencia da séde ileo-cecal seja de 85 %, constituida a cabeça da invaginação pela valvula de Bauhin e, calcula ainda as ileo colicas em 11 %. Classifica as outras fórmas como excepcionaes e diz que ellas, em geral, apparecem em idades mais avançadas.

Armingeat conclue, depois do estudo de diversas estatisticas, que na criança pelo menos em 96 % dos casos a invaginação occupa o segmento ileo-ceco-colico.

Vejamos qual é a frequencia da lesão e de sua localisação nos nossos meios: guia-nos nesta pesquisa, no Rio, a tése de Affonso Rabe — diz elle que em 126.004 crianças que passaram pelos diversos serviços de pediatria do Rio de Janeiro caso algum foi observado. O Dr. Moncorvo Filho informou a esse autor que em cerca de 100.000 crianças por elle examinadas não viu mais de 10 casos. Consultando algumas revistas do Rio, encontramos alguns casos publicados, mas em numero muito pequeno.

Em São Paulo não ha estatistica feita. Temos entretanto conhecimento de 10 ou 11 casos da clinica do Dr. Margarido Filho, em grande maioria localisada a invaginação na região ileo-cecal. Têm casos ainda observados: o Dr. Ladeira Marques, o Dr. Clovis de Lacerda, o Dr. Espirito Santo, o Dr. Orlando Pinto de Souza, o Dr. Domingos Define e o Dr. Paulo Sohn, segundo nos informaram esses colegas. E' possivel, provavel mesmo, que outros nos tenham escapado.

Diversas causas têm sido aventadas como prediponentes para a invaginação. Foram achados, em numerosos casos, tumores da parede intestinal; são elles na criança geralmente benignos: polipos, lipomas, adenomas, miomas, fibromas, papilomas, fibromixomas e angiomas. Corpos estranhos tambem têm dado partida para invaginações. Rabe cita os casos de: Hollander, em que foi encontrado um caroço de tamara; Schreidde um caroço de ameixa e Dubois um de cereja. Os parasitas intestinaes tambem pôdem ser considerados como tal e assim é que em alguns casos foram achados escares enove-

lados na cabeça da invaginação. Pódem ainda ocasiona-la: estreitamentos congênitos, a tuberculose enterica, cistos, disenterias.

Não são estas modalidades as que se observam na maioria dos casos; desfeita a invaginação, nada se encontra na parede ou na luz intestinal. E' talvez na morfologia do aparelho gastro enterico que possamos encontrar predisponencia ou justificativa para o acidente e o seu maior aparecimento na infancia.

A atenção de todos que deste assunto se ocuparam voltou-se para o fato do ceco se apresentar nos casos de invaginação com maior mobilidade. Realmente, pelo processo de desenvolvimento do intestino, sabe-se que na ocasião do nascimento, ainda não se operou muitas vezes a evolução completa do aparelho digestivo e pódem se encontrar modalidades varias do acolamento dos mesos.

Power, citado por A. Rabe, mediu o comprimento dos mesos, achando-os relativamente mais desenvolvidos nas crianças. Leriche e Cavaillon vêm nesta maioria mobilidade do ceco e colon na infancia a razão da grande frequencia da invaginação nos primeiros mezes de vida e a sua maior localização na região ileo-cecal.

Dreike, que fez a esse respeito acurado estudo, achou em 23 % dos seus examinados o ceco em condições de ser invaginado. Leriche e Cavaillon examinaram os cadáveres de 52 fetos, quasi todos a termo e de 37 adultos, tendo encontrado o ceco flutuante em 45 % dos fetos e em 8,5 % dos adultos. E' este resultado condizente com a grande frequencia da afecção na infancia.

Tem sido lembrada como modalidade anatomica, favorecendo de qualquer modo o acidente, a variação do angulo formado pela desembocadura do ileo no ceco. Este é, segundo Power, o mais das vezes reto, poucas vezes agudo e raramente obtuso. E' aventada a diferença de calibre do ileo para o ceco, mas esta é justamente menor nos primeiros mezes de vida, sendo quasi nula na ocasião do nascimento. Lembra-se ainda a posição em que o ceco póde ser encontrado na criança: é possível que a sua descida para a fossa iliaca não se tenha ainda operado completamente, o que viria modificar as suas relações com o ileo.

Aventamos outro fator de ordem anatomica.

Levando em conta a grande porcentagem da invaginação na região ileo cecal, procuramos estudar o comportamento aí das fibras musculares do ileo e do ceco. Ha a respeito um ótimo trabalho de Cutore, da R. Universidade de Catania, em que faz o estudo comparado da valvula ileo-cecal na criança e no adulto. O trabalho é baseado em cortes histologicos praticados na região ileo-cecal, em cadáveres de diversas idades: "secção histologica em fetos humanos, um de 170 e outro de 189 mm. i.é, 15ª a 17ª semana, segundo Mall. Já ha diferenciação das laminas longitudinais e circulares. A circular mais desenvolvida que a longitudinal e ambas mais espessas na parede do ileo que na do ceco". O autor faz em seguida o estudo de 5 nati-

IOBIL

FORMULA:

Oxi-iodeto de Bismuto 0,06 gr.
Oleo de olivas neutralizado e lavado com 10 % de
oleo de figado de bacalhau 2 cc.

VANTAGENS

- a) Aumenta os meios de defesa organica;
 - b) Acentua o tropismo do bismuto para os centros nervosos e sistema cardio-vascular;
 - c) Favorece a remoção das lesões cicatriciaes;
 - d) Efeito especifico muito rapido, devido á presença do agente catalisador e á atuação sinergica do bismuto e do iodo;
 - e) Fluidez e omogenisação perfeitas;
 - f) Ausencia de nodulos e fenomenos inflamatorios.
-

Indolor tolerancia perfeita. *Atoxico* ação prompta.

Otimo indice terapeutico

Resultados clinicos invulgares.

• • •

PARA CREAÇAS:

IOBIL INFANTIL

• • •

AMOSTRAS E LITERATURAS AO

INSTITUTO DE THERAPEUTICA "HUMANITAS"

CAIXA POSTAL. 1381 - SÃO PAULO

LACTOZYM ALFA

(Por via buccal para crianças e adultos)

O mais antigo preparado de BACTERIOTHERAPIA LACTICA em cultura liquida, BACTERIOPHAGO e ACIDOPHILO. Tratamento Biologico das molestias gastro-intestinaes (diarrhéa, enterites, atonias, catharros), molestias infecciosas (dysenteria, typho, paratypho) e das molestias nervosas e de intoxicação.

UNICO ULTRA FERMENTO COM 15 ANOS DE VITALIDADE CONTROLADA

CONCESSIONARIOS

Vicente Amato Sobr. & Cia.

PRAÇA DA SÉ, 20 — TEL. 2-2821 — C. POSTAL, 2438 — S. PAULO

POÇOS DE CALDAS

ESTAÇÃO HIDRO-MINERAL E DE REPOUSO
A 1.200 METROS DE ALTITUDE

Aguas alcalino-sulfurosas hipertermais (44°)

Indicações: Reumatismos, molestias da pele, neuralgias, afecções das vias respiratorias superiores, afecções ginecologicas cronicas e sub-agudas, anemias, tratamento auxiliar da sífilis

TRES ESTABELECIMENTOS TERMAIS:

TERMAS ANTONIO CARLOS: com as seguintes secções: banhos sulfurosos, pulverisações, hidroterapia (compreendendo diferentes duchas), ducha-massagem, mecanoterapia, banhos de ar quente gerais e locais, banho carbo-gazoso, aero-banho, duchas ginecologicas, massagens.

Com direção e assistencia medica permanentes

BALNEARIO DO PALACE HOTEL: Banhos sulfurosos.

BALNEARIO "MACACOS": Banhos sulfurosos a preços reduzidos.

Os medicos, bem como suas senhoras e filhos menores, têm direito a todo o serviço gratuitamente

mortos a termo, concluindo que se acentua a disposição observada anteriormente.

Em cadáveres de meninos de 1 mez, 10 mezes, um ano e 2 anos a mesma disposição se confirma com mais evidencia.

O mesmo exame praticado em 5 individuos de 16, 21, 28, 35 e 70 anos denota que a musculatura do ileo, circular e longitudinal, diminue notavelmente de espessura em correspondencia com a base das pregas valvulares, nas quais se insinua em fórma de lamina delgada, enquanto, neste ponto, bruscamente aumenta de espessura a musculatura circular proveniente do grosso.

Como vemos, este autor friza o maior desenvolvimento das fibras musculares circulares e longitudinais, do ileo que as do ceco, nos primeiros anos de vida, ao passo que observa o contrario no adulto. Como da qualidade e quantidade anatomica se póde deduzir maior poder fisiológico, chegaremos á conclusão de que, na criança, contrações energicas partidas do ileo e que não encontram resistencia contrabalançante do lado do ceco, poderão levar o ileo a uma intusseção cecal.

Como causas anatomicas, pensamos ter visto as mais plausiveis.

Como predisponentes outros, funcionaes, temos as diversas irritações a que póde ser sujeito o aparelho digestivo nãa criança por uma mudança qualquer que se opere no seu regime alimentar, o que é frequente justamente do 4.º ao 7.º mez de vida. O uso de drogas excitantes dos peristaltismo tem sido lembrado por diversos autores. Casos ha, citados, em que o quadro se desencadeou após pancadas ou traumatismos mais ou menos violentos sobre o abdómen.

Merece referencia especial a predisposição para os espasmos, tendencias espasmofilicas, como tem sido lembrado, casos esses de crianças de temperamento nervoso, facilmente excitaveis, tendo ás vezes nos seus antecedentes hereditarios afecções do sistema nervoso, como é o caso por nós observado.

Acreditamos entretanto, que nenhuma dessas causas, quer anatomicas quer funcionais, seja por si só idonea para produzir a invaginação e que é antes necessaria a coexistencia de diversas delas. Assim teriamos: criança, predominancia da musculatura do ileo sobre a do ceco, sua maior mobilidade pela falta de acolamento dos mesos, tendencia espasmofilica ou neuropatia, traumatismo ou ainda uma afecção ou excitação química de ordem alimentar ou terapeutica e teriamos a produção da invaginação.

Como ela se processaria?

A primeira hipótese aventada é a teoria paralitica de Leitchtens-tern, pela qual uma porção contraída penetraria numa subjacente atônica ou paralisada. Foi posta de lado com o aparecimento da teoria espastica de Nothnagel que conserva ainda hoje adeptos com algumas modificações que lhe propuzeram. Nothnagel firmou-a em trabalhos experimentais: sujeitou alças intestinais a correntes faradicas e notou contrações circulares numa extensão de 1 a 4 cms., seguidas

de cavalgamento da porção subjacente. Notou ainda, tomando pontos de referencia, que a invaginação progredia sempre á custa da bainha.

Proping, estudando esta questão, observou que a parte contraída terminava na extremidade distal abruptamente, ao passo que havia transição suave na proximal. A primeira, rebatia-se então ligeiramente sobre a porção contraída, formando o esboço da invaginação. Segundo Rabe, varia então a interpretação dada pelos dois ultimos autores citados. Nothnagel é de opinião que a ação das fibras circulares parava aí e que as longitudinais é que se encarregavam de fazer progredir o processo. Proping diz ao contrario que se houvesse intervenção das longitudinais era para desfazer o iniciado e que só a contração das fibras circulares da porção subjacente sobre as contraídas é que podia progredir a invaginação. Rabe pensa que seria necessaria uma ação simultanea das fibras circulares e longitudinais para esse processo.

Temos ainda que a cabeça da invaginação retraída constitue um obstaculo á passagem do conteudo intestinal que pára neste ponto; os esforços do intestino, para se livrar então do seu conteudo, seriam mais um elemento para a progressão. Ela será no entanto limitada pelos meios que, penetrando entre as paredes, agem como cunha e impedem pela distensão além de certo limite, o progredir da intusseção.

* * *

Como se nos apresenta a invaginação clinicamente?

Criança geralmente bem nutrida, sem antecedentes de maior interesse, a não serem alguns casos em que se nota anteriormente uma tendencia para vomito ou uma neuropatia. Temos tambem o caso do Dr. Martinho da Rocha em que a invaginação se processou no decurso duma disenteria amebica. Ha outros casos como citamos, em que a afecção aparece após traumatismos.

O mais comum é entretanto nada haver anteriormente; e a criança, em plena saúde, começa a chorar denotando grande sofrimento, alteração quasi brusca do facies, aceleração do pulso.

São estes os primeiros sinais gerais. Quasi todos os autores são unanimes em destacar 4 sinais cardiais:

A dôr — os vomitos — as exteriorisações sanguineas pelo anus — a palpação do tumor, quer pelo toque retal, quer pela palpação abdominal. E' ainda de valor capital a constatação da existencia de sinais de oclusão intestinal, como muito bem frizou Ombrédanne. Este autor estabeleceu até a conhecida equação, a que diz attribuir o mesmo valor duma equação algebrica:

sinais de oclusão intestinal + emissões sanguineas = invaginação.

A dôr da invaginação é brusca, muito intensa, repetindo-se a miudo com pequenos intervalos, localiza-se no ventre, no inicio na fossa iliaca direita, generalizando-se logo a todo o abdómen.

Entretanto, constataam todos e nós também vimos em nosso caso, falha quasi sempre a defesa muscular que só aparece segundo alguns autores em periodo avançados da afecção, quando provavelmente a cavidade peritoneal já foi atingida.

Os vomitos são bastante precoces e raramente faltam. A principio constituidos pelo leite ingerido, são depois biliosos e, mais tarde, no ultimo periodo, pôdem se tornar fecaloides.

As exteriorisações sanguineas pelo anus têm um valor capital para o diagnostico. São muito frequentes, tendo sido constatada a sua presença em 95 % das crianças abaixo de 1 ano, e 75 % nas crianças acima desta idade.

Aparecem ás vezes bastante cedo, mas pôdem ser retardados.

Clubbe, citado por A. Rabe, diz que em 90 % dos casos aparecem entre a 2.^a e 10.^a hora; é comumente nas primeiras 6 horas.

Ombredanne, Grisel e outros têm attribuido valor ao aspêto do sangue emitido, para o diagnostico da séde e para o prognostico do quadro.

Não vemos grande valor nesta especificação mais ou menos inutil.

O tumor pôde ser constatado pelo toque retal, pela palpação abdominal, pelos dois processos e em alguns casos não tem sido possivel palpa-lo por qualquer processo.

Sua localisação varia grandemente, podendo ser encontrado em qualquer ponto do abdome.

Algumas estatisticas foram publicadas, concluindo uns que o ponto mais frequente é o quadrante inferior direito (Weiss), outros (Kock e Oerum) o quadrante superior esquerdo. No nosso caso palpámo-lo no inferior direito.

Os sinâis de oclusão raramente falham e, o que se observa ás vezes, é a saída de gazes e materiais fecais contidos nas porções abaixo da invaginação.

O meteorismo é também observado frequentemente, estendido a todo o abdome; pôde haver também oliguria.

* * *

O diagnostico não é difficil e deve se basear sobre esta sintomatologia, que é por todos referida.

E' preciso ás vezes, uma observação acurada para que não caiamos em erro. Maior dificuldade apresenta o diagnostico quando a invaginação surge num quadro de disenteria como é o publicado por Martinho da Rocha. A criança estava doente havia 1 mez, com evacuações frequentes, apresentando catarro e sangue. Não vomitava. O exame de fézes revelou quantidade de entameba disenterica. O quadro se agravou durante os 3 dias que esteve em observação, tendo aparecido sangue vivo nas dejeções. Apesar de procurado por suspeitar o autor de invaginação intestinal, não foi encontrado o tumor pela

palpação abdominal e nem pelo toque retal. No 4.º dia á tarde, a criança vinha a falecer, tendo tido pouco antes um vomito escuro. A autopsia revelou: hipóstase pulmonar bilateral, colite ulcerosa típica da disenteria e extensa invaginação ileo-cecal; havia ainda uma peritonite com pequeno derrame purulento, prova de que não se tratava de invaginação pré-agonica. O mesmo autor publicou outro caso semelhante em que a invaginação era ileo-colica e no decurso de uma disenteria bacilar tipo Sonne.

Como vemos, estes casos são de grande dificuldade de diagnostico e Kleinschmidt insiste sobre essa eventualidade, dizendo serem as causas mais comuns de erro de diagnostico.

Fischel — citado por M. da Rocha — sugere se faça em caso de duvida o exame das fezes: na invaginação encontra-se muito epitelio, na disenteria predominam bactérias e leucocitos.

Prudencio Penna chama a atenção para o diagnostico diferencial com a colite segmentaria ceco-colica, dizendo ser ele ás vezes bastante difficil.

Outras afecções pódem se prestar para a confusão de diagnostico, mas pódem ser facilmente afastadas.

A purpura de Henoch que se caracteriza por melenas, vomitos e dôres abdominais ,apresenta, entretanto, petequias. Além disso ela é muito rara abaixo de 1 ano. Na purpura ha ainda tumefações articulares; os vomitos apresentam comumente sangue, mas um bom sinal é que as fezes na purpura contêm bilis o que não acontece na invaginação. Póde haver concomitancia das duas afecções como aconteceu no caso de Sett. A criança foi operada no decurso de uma purpura de Henoch, verificando-se realmente uma invaginação ileo-cecal. Na semana seguinte, reprodução dos sinais de invaginação e morte no fim de 12 horas. A autopsia revelou nova invaginação situada no delgado. Bergmann, no seu tratado de Patologia Cirurgica Infantil, diz que a invaginação aparece em 50 % dos casos de purpura. Maior deve pois ser a atenção do pediatra para senti-la.

A apendicite aguda, as perfurações deste órgão ou do diverticulo de Meckel poderiam fazer suspeitar invaginação, mas naquelas a peritonite difusa com seus sinais característicos é mais ou menos precoce e póde ser percebida.

Pela elucidação do diagnostico em casos de sintomatologia frusta, podemos ainda utilizar a radiologia.

* * *

Estabelecido o diagnostico de invaginação, qual o prognostico?

A evolução expontanea termina quasi sempre pelo morte. E' verdade, tem se registrado casos em que se operou expontaneamente a redução e outros em que se fez a expulsão da parte necrosada da cabeça da invaginação, restabelecendo-se a continuidade do intestino á custa das adherencias formadas no colo. Não podemos contar com tal

porque isto é rarissimo. Devemos dizer, dum modo geral, que toda invaginação não tratada, termina pela morte. Mas mesmo com o tratamento mais adequado, que é sem duvida o cirurgico, a mortalidade ainda é relativamente alta. Como é facil de se compreender, o prognostico é tanto melhor quanto mais cedo fôr a intervenção. A mortalidade post-operatoria varia extraordinariamente de um autor para outro, sendo naturalmente uma função do tempo decorrido entre o accidente a operação.

De um modo geral as estatisticas dão uma mortalidade média que oscila entre 30 a 60 %.

O tratamento como dissemos, deve ser o cirurgico, estando o clínico completamente abandonado. No tratamento devemos ter em mente sermos o mais rapidos possivel, evitarmos a eviceração que é extraordinariamente chocante e reduzirmos ao minimo as manobras operatorias. E' assim que D'Allaines e Armingeat concluem que toda complexidade do áto cirurgico é prejudicial ao exito operatorio.

Devemos pois, aberta a cavidade, proceder á redução da invaginação. Caso ela não seja possivel, no dizer de Ombrédanne, devemos considerar de inicio o caso perdido. Temos então diversas condutas a seguir: a ressecção da porção invaginada, a operação de Mansell ou de Jesset e Barker, ou ainda fazer um anus artificial. Qualquer desses metodos acarreta uma agravação extraordinaria do prognostico.

Alguns cirurgiões aconselham nos casos em que a redução foi possivel, fazer-se uma fixação dos segmentos intestinaes. Por outro lado, é necessario não prolongar o periodo operatorio. Aconselham alguns autores verificar então se é facil a reprodução da invaginação empurrando o ileo de encontro ao ceco. Se fôr, é conveniente praticar a fixação.

O fechamento da parede deve ser feito com todo o cuidado e é aconselhavel enfachar bem o doente, para prevenir um accidente de eviceração post-operatoria.

No periodo post-operatorio devem ser tomados cuidados especiais; é preciso reidratar o doentinho e fornecer-lhe cloreto de sodio.

Acabamos de ver, e é sabido, a invaginação intestinal aguda é uma afecção grave, quasi peculiar á infancia e que exige talvez mais do que qualquer outra, um diagnostico seguro e immediato.

Rua Barão de Itapetininga, 18.

FERRO QUEVENNE

PARA ANEMIA, CHLOROSE, DEBILIDADE. — Approvado pela ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIZ. — O mais activo e economico, o unico FERRO INALTERAVEL nos paizes quentes. — Exigir o VERDADEIRO, com o SELLO AZUL da "Union des Fabricants". — 14. Rue des Beaux-Arts — PARIS.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios actiões das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a maior parte
das DOENÇAS INFECCIOSAS

2 FORMAS : MYCOLYSINE POTAVEL • MYCOLYSINE INJECTAVEL.

Tratamento específico, completo das
AFFECÇÕES VENOSAS

Veinosine

*Confeitos com base de Hypophyse e de Thyroide
em proporções judiciosas, de Hamamelis, de Castanea da India
e de Citrato de Soda.*

DEPOSITO GERAL : **P. LEBEAULT & C^{ie}, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS**
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

A proposito dos tumores do appendice

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio
Santa Catharina

Na ultima reunião da Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, o dr. Miguel Leuzzi (1) relatou um caso de carcinoma do appendice occorrido no serviço cirurgico do prof. Benedicto Montenegro, declarando que se tratava, ao que parecia, do 8.º caso registado na literatura medica brasileira: 6 reunidos na these inaugural do dr. F. Ellis Ribeiro (2), um registado na these inaugural do dr. Antonio de Godoy Moreira e Costa Sobrinho (3) e o caso em discussão. Tivemos oportunidade, então, de apresentar nossas duvidas quanto ao se dever considerar todos os casos apontados no trabalho de Ellis Ribeiro como sendo de carcinoma do appendice. Para justificar essas duvidas, basta dizer que o diagnostico anatomo-pathologico dos cinco casos brasileiros incluidos no capitulo "Observações" da referida these não se coaduna com o titulo do trabalho: em "Contribuição ao estudo dos carcinoides do appendice ileo-cecal" depa-ramos com as seguintes observações:

Obs. I (serviço do prof. Brandão Filho) — exame anatomo-pathologico feito no Instituto Oswaldo Cruz: adenocarcinoma do appendice (dr. B. de Figueiredo).

Obs. II (serviço do prof. Brandão Filho) — exame histopathologico: adenocarcinoma (dr. O. Penna).

Obs. III (serviço do prof. F. Baena) — exame anatomo-pathologico: adenocarcinoma (dr. B. de Figueiredo).

Obs. IV (serviço do dr. Maurity Santos) — exame anatomo-pathologico: adenocarcinoma cirrhoso do appendice (Dr. O. Penna).

Obs. V (serviço do dr. Castro Araujo) — exame histopathologico: carcinoma primitivo do appendice, de provavel origem endocrina (dr. Amadeu Fialho).

Desses resultados, á primeira vista sómente o da observação V poderia ser referivel a um carcinoma. Seria estranhavel que ana-

tomo-pathologistas como O. Penna e B. de Figueiredo, do Instituto Oswaldo Cruz, confundissem adenocarcinoma com carcinoide, quando já em 1915 Barbacci (4), compendiando o que se escrevera sobre o assumpto, deixava bem clara a differença existente entre os dois typos de tumores do appendice. Admittindo, porém, que esses anatomo-pathologistas se tivessem equivocado, é justo acreditar-se que Ellis Ribeiro tivesse feito a revisão das laminas e conseguido elementos para poder incluir os casos das obs. I a IV em um trabalho sobre carcinoides do appendice. Entretanto não se encontram nas paginas da sua these as descripções dos exames histo-pathologicos dessas quatro observações, nem mesmo a daquella que lhe suggeriu a feitura do trabalho. Existem, é certo, algumas microphotographias que parecem reproduzir aspectos de carcinoide, mas o A. não diz a que caso se referem — si ao da obs. V, si ao do doente que acompanhou no serviço do prof. Brandão Filho, si ao 2.º caso desse illustre cirurgião ou si ellas se distribuem, documentando-os, a todos os casos. Deve-se lembrar que o quarto caso, o de Maurity Santos, já fôra apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em começo de 1926 e pela propria bibliographia do A. se verifica que Maurity Santos falou "Sobre o carcinoma do appendice ileo-cecal" e não sobre carcinoide.

O sexto caso é apontado por Ellis Ribeiro nas seguintes palavras:

"O unico caso verificado na capital paulista ocorreu na clinica do dr. Oliveira Mattos e foi controlado com exame anatomo-pathologico; apesar dos nossos esforços, foi impossivel conseguir a observação e as inclusões da peça".

Esse caso é, de facto, de carcinoide e foi publicado, aliás sem indicação do operador, em "Algumas observações de Anatomia Pathologica", publicação feita em 1926 pelo Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Tinhamos motivos de sobejo, pois, para fundamentar nossas duvidas sobre serem casos de carcinoide todos os apontados na these de Ellis Ribeiro, tanto mais que, mais tarde, ao reproduzir as duas primeiras observações em artigo publicado no *Leon Chirurgical* (5), esse A. deixa de falar em adenocarcinoma para dizer textualmente: no primeiro caso "o exame histo-pathologico feito por B. de Figueiredo mostrou que se tratava de um carcinoide"; e no segundo "o exame anatomo-pathologico, feito por O. Penna, mostrou um caso de carcinoide appendicular".

Isso parece provar que o A. reviu as laminas que levaram B. de Figueiredo e O. Penna a fazer o diagnostico de adenocarcinoma do appendice. Teriamos, assim, quatro casos positivados de carcinoide — esses dois, mais o da observação V e o do dr. Oliveira Mattos. E os outros dois incluídos na sua these? Foram tambem revisitos? Ou teriam sido incluídos apenas por se tratar de formação tumoral do appendice?, já que o A. tambem achou conveniente re-

produzir sete observações estrangeiras de tumores do appendice, algumas das quaes seguramente não eram de carcinóide. Accresce notar que tanto quando trata da frequencia como quando faz o historico, o A. se refere de um modo geral sobre tumores do appendice, parecendo que não se limita ao estudo dos carcinóides, em desacordo com o titulo do seu trabalho. Nesse caso, si considerarmos em geral os tumores do appendice, então a nossa literatura não se cingiria a 8 casos. Só em S. Paulo, deveríamos lembrar o caso dos drs. José e Jarbas Barbosa de Barros, de fibroma submucoso do appendice, publicado pelo prof. L. Cunha Motta (6). Walter Seng (7) publicou no Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, V, 179, janeiro de 1923, um caso de carcinoma do appendice diagnosticado pelo prof. Klotz, accrescentando: "si não me engano, o dr. Luciano Gualberto operou igual caso". De facto o prof. Luciano Gualberto foi o primeiro a apresentar no Brasil — e o fez á extincta Academia Paulista de Medicina — um caso de tumor do appendice, diagnosticado pelo prof. Habermeld como carcinóide.

Como esses, quantos casos mais não se terá observado em nosso paiz?

Seria agora a oportunidade de os cirurgiões patricios apresentarem a sua contribuição propria e citarem os casos de que tenham conhecimento através de leitura ou através de referencia verbal de algum collega. Desse modo, poder-se-á colleccionar os casos brasileiros de tumor do appendice e estabelecer não só a relação entre os diversos typos de tumor como tambem a relação de sua frequencia entre nós. Antonio de Godoy Moreira e Costa Sobrinho (3) encontrou carcinóide em 1% dos appendices que examinou, porcentagem que coincide com a opinião de alguns autores (8); mas as suas pesquisas se limitaram a 100 casos. E' de lamentar-se que esse A. não tivesse feito a descripção das suas laminas e prescindisse de incluir a observação clinica do seu caso, que pertence ao serviço do dr. Ayres Netto. Isso fez com que Miguel Leuzzi (1), passando por sobre esse, visse na sua these sómente um caso — o da observação n.º 2, que foi fornecido ao A. pelo Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina de S. Paulo e do qual existe no trabalho uma completa descripção histo-pathologica, faltando, entretanto, os característicos macroscopicos da peça, a sua identificação no Laboratorio, a sua proveniencia, a historia clinica do doente. Temos motivos para crer que essa 2.ª observação do A. se refere ao caso do dr. Oliveira Mattos. Não será difficil recompôr essas observações, de maneira a podermos apresentar os nossos casos perfeitamente caracterizados. E é nesse sentido que vimos aqui fazer um appello. Gostaríamos que os collegas nos fornecessem os seus dados para fazermos uma revisão do assumpto entre nós, incluindo tambem as observações ainda não publicadas. Esse trabalho será feito de collaboração com o dr. Constantino Mignone, assistente do Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina de São Paulo, que se encarregará da parte referente á sua especialidade.

Teremos ensejo, então, de também trazer a nossa contribuição á casuística nacional dos tumores do appendice, com a apresentação de um caso que tivemos a oportunidade de seguir no serviço do professor B. Montenegro e que tem o diagnostico singular de myoadenoma do appendice.

Caixa Postal 1574.

CITAÇÕES

1. — **Benedicto Montenegro e Miguel Leuzzi**: "Carcinóide do appendice cecal", comunicação á secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina em 10-3-1933.
2. — **F. Ellis Ribeiro**: "Contribuição ao estudo dos carcinóides do appendice ileo-cecal", these de doutoramento, Rio, 1929.
3. — **Antonio de Godey Moreira e Costa Sobrinho**: "Cellulas argentaffinas e carcinóides do appendice ileo-cecal", these de doutoramento, S. Paulo, 1929.
4. — **Ottone Barbacci**: "I Tumori!", 2.^a edição, Milão, 1915, pag. 450.
5. — **F. Ellis Ribeiro**: "Sur les carcinóides de l'appendice iléo-cecal", em "Lyon Chirurgical", XXVIII, 163, março-abril de 1931.
6. — **L. Cunha Motta**: "Algumas observações de Anatomia Pathologica", folheto do Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina (sem indicação do autor), S. Paulo, 1926.
7. — **Walter Seng**: "Um caso de carcinoma do appendice", em "Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia", XXII, 288, Setembro de 1931.
8. — **Prat e Paperán**: "Un caso de epithelioma del apéndice", em "Anales de la Facultad de Medicina", Montevideo, XIV, 344, abril de 1929.

Senhor Doutor: E' este o iodo colloidal, contendo 3% de iodo livre, que, ministrado em leite, não lesa as cellulas, sendo a sua tolerancia absoluta!..

Pedidos de amostras e literaturas em S. Paulo a

Marinho Falcão

Caixa 2573. Phone 9-1217

No Rio de Janeiro a

Carlos A. dos Santos & Cia.

Caixa Postal 1568



**ESPASMOS
TENESMOS
COLICAS**

EUPACO

MERCK

O ESPASMOLYTICO

DA ESCOLHA

Pedir amostras e literatura a

**Productos MERCK Limitada, Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 14
Caixa Postal, 3943 - São Paulo - Fone 2-2602**

NATROL

(Tártaro-bismutato de sódio)

**é um espirilicida extremamente enérgico que tem
dado os melhores resultados no tratamento da
SIFILIS em todos os seus periodos.**

Não determina crises nitritoides nem choques hemoclasicos

SOLUVEL — ATOXICO — INDOLOR

NATROL tem larga indicação em PEDIATRIA

Injeções intramusculares — 3 vezes por semana, em series de 12 empôlas, com intervalo de 15 dias entre cada série.

Pomada de NATROL — Ulceras, espinhas no rosto, feridas rebeldes, etc.

CARLOS DA SILVA ARAUJO & CIA.

Caixa Postal, 163. Rio de Janeiro

Filial em S. Paulo: rua 11 de Agosto, 20

RAIOS X

Gabinete de Radiologia

do

Dr. J. M. Cabello Campos

Medico Radiologista da Sta. Casa, do
Instituto de Hygiene e dos Centros de
Saúde do Serviço Sanitario do Estado
de São Paulo.

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 10

SALAS 316, 317 e 318

Telephone: 4-0655

SÃO PAULO

AMARELLÃO

O
X
Y
U
R
O
S

“Consegue-se um antihelmintico quasi ideal para o tratamento da ancylostomose em campanhas, mediante a administração de uma mistura que contenha 4 partes de tetrachloreto de carbono e 1 parte de Ascaridol (Chenopodio).” Drs. SMILLIE e S. B. PESSOA.

PERODIOL

realiza essa feliz associação, em capsulas gelatinosas contendo, cada uma, 1 gr. de tetrachloreto de carbono rigorosamente purificado e 11 gotas de oleo de chenopodio. Receitar contra a **ANCYLOSTOMOSE** e a **ASCARIDIOSE**:

Capsulas de PERODIOL — Um tubo (4 capsulas).
(De 1 a 4 capsulas, segundo a idade).

TRICOCEPHALOS

L
O
M
B
R
I
G
A
S

Litteratura e amostras: **LABORATORIO CAMARGO MENDES S/A**
Rua Francisco Leitão, 48 Telephone, 7-5942 - São Paulo

REUNIÕES SCIENTIFICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE MARÇO

Presidente : DR. A. C. PACHECO E SILVA

Tumor mixto na glandula sub-maxillar. — Drs. SOARES HUNGRIA e E. VAMPRE. — A paciente manifestava uma hemiplegia funcional direita, estabelecendo-se o diagnostico de ptiatismo. A doente logo melhorou com o tratamento psychotherapico, que mais se accentuou após a operação; esta foi facil. Na clinica da Salpitriere, em quasi 18.000 casos, só foram encontrados 4 casos de tumores desta especie; 2 operados pelo professor Gosset, um por Monod e um por Soupault. Todos estes casos datando de 12 annos, com drenagem e sutura da pelle com seda. No caso presente não drenamos e fizemos a sutura intra-dermica obtendo cicatrização por primeira intenção, quasi imperceptivel.

A trans-illuminação em cirurgia. Apresentação de aparelho — Dr. PEDRO AYRES NETTO. — O orador faz um ligeiro historico da trans-illuminação, já adoptada em otorhino-laryngologia para a illuminação dos seios da face. Mostra como este

methodo propedeutico foi trazido para a pratica da cirurgia geral e da gynecologica. Assignala como o seu emprego é interessante nas affecções das glandulas mammarias, onde pode estabelecer, muitas vezes, o diagnostico entre tumores solidos, kystos e processos inflammatorios. Trata da monographia de Cutler, que em 1929 estudou detalhadamente o assumpto. Apresenta o aparelho de Cameron, de Chicago; é de facil manejo, simples, cuja lampada branca é de grande intensidade. A trans-illuminação diz o A., exige sala escura para a sua pratica. O aparelho tem a grande vantagem de ser perfeitamente esterilizado e facilmente transportavel. Em cirurgia, empregou o orador o aparelho de Cameron, durante a intervenção, para diagnostico do ulcero do estomago. Diz que a sua pratica ainda não é grande, o que não permite estender-se em mais considerações. Relata por ultimo alguns casos mais interessantes em que usou o aparelho apresentado.

SATIVAN

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

Ensaio sobre a avitaminose. Nota prévia — DR. DUTRA DE OLIVEIRA. — O trabalho apresentado pelo A. e realizado no Departamento de Physiologia da Faculdade de Medicina versou sobre os primeiros ensaios sobre avitaminose e a pesquisa do valor nutritivo do óleo de capivara e das castanhas do Pará e do caju. Provocando o rachitismo em ratos pelo regime de Mc. Collum. documentando-o pelos estudos histológicos e radiographicos procurou corrigil-o em certos ratos pelas subs-

tâncias acima citadas. Notou que o óleo de capivara corrige em parte, as perturbações, não dando, porém, logar a um desenvolvimento semelhante ao do regime completo. Com as castanhas do Pará e do caju não conseguiu evitar o rachitismo provocado pelo regime de Mc. Collum. Novas experiencias estão sendo feitas com o fim de verificar o effeito da irradiação sobre oleos animais e vegetaes e a acção destes sobre o crescimento somatico e o desenvolvimento particular dos ossos e dentes.

SESSÃO DE 1 DE ABRIL

Presidente : DR. A. C. PACHECO E SILVA

Tumor da furcula esternal; corpo estranho; elephantiasis escrotal; tumor do penis; tumor mixto da submaxillar — DR. SOARES HUNGRIA. — O A. apresentou alguns casos interessantes, pela raridade do seu apparecimento. Um delles trata-se de um enorme tumor na furcula esternal, evoluído em 20 annos, pesando quasi 2 kilos, e medindo 15x9 cents., praticando a exeresse do tumor, sem drenagem, sob anesthesia local e cicatrização por primeira, intenção. Era um kysto dermoide.

O segundo caso se refere a uma doente que estava tratando dos dentes. Certo dia o profissional ao drenar a carie, o fez com tanta infelicidade que a pinça ponteaguada, portadora do algodão, resvalou, tendo o algodão se introduzido pela mucosa a dentro e esta se inflammou. O dentista não percebeu o accidente, ficando o algodão durante 20 dias, enkystado. A doente foi submettida á operação e retirado o algodão causador do abcesso enkystado.

O terceiro caso se refere a uma elephantiasis da bolsa escrotal esquerda num doente operado no interior, de uma hernia inguinal direita, em que o cirurgião, por algum motivo castrou o paciente, do lado correspondente á hernia. Muitos annos após sobreveiu uma elaphantiasis que o impedia de trabalhar, e em que a operação deu resultado completo.

O 4.º caso é o da amputação total do penis com exvasiamento inter-ili-

aco, seguido logo de tratamento pela radiotherapia profunda, curado com resultado cirurgico até o momento, bom.

O 5.º e ultimo caso se refere a mais um caso de tumor mixto da glandula sub-maxillar operado no Ambulatorio da Santa Casa com anestesico local, sutura intra dermica e cicatrização por primeira intenção. Todos estes casos foram documentados pelo exame histo-pathologico e photographias, sendo que os doentes de kysto dermoide e da elephantiasis estiveram presentes á sessão.

Abcesso de Brodie — DR. CARLOS FERNANDES. — O A. escreve um caso de abcesso de Brodie, observando em seu serviço no Hospital da Beneficencia Portuguesa desta capital. O paciente, de 49 annos, soffre dores no tornozelo direito desde os 10 annos de idade, com alternativas de peoras e melhoras. Em 8 de Novembro p.p. peorou muito, tendo sido tratado como soffrendo de rheumatismo. A 17 do mesmo mez baixou ao hospital, onde ficou em tratamento e observação. Nunca teve molestia infectuosa. Wassermann negativa, articulação do tornozelo algo edemaciada, com dor localisada á pressão no bordo antero externo da tibia. Movimentos muito dolorosos. Apyrexia. Radiographia a 2 de Dezembro ultimo que revelou abcesso chronico de Brodie da epiphyse inferior. Operado a 17: — cavidade com pus espesso, esteril. Cicatrização

rápida; a temperatura nunca ultrapassou de 37°2. Na literatura mundial só ha, até hoje 210 casos registados. A affecção foi descripta em 1830 pelo cirurgião inglez Brodie. O A. lê observações identicas publicadas por Goldstein, Kurbankalev e Marinpolsky, que se emquadram no mesmo aspecto clinico e radiologico. Marinpolsky publicou dois casos unicos, até hoje, em que o processo se assentou na rotula. Cumpre pois em todo o caso de monoarthritis chronica, com intermitencias de melhoras, radiographar a articularção doente.

Determinação da area cardiaca — DR. CARLOS FERNANDES. — O dr. Carlos Fernandes apresenta ainda, uma comunicação sobre a determinação da área cardiaca. Devido ao accumulo de trabalhos do dia, o A. resumiu a comunicação acerca dos methodos de calculo da área cardiaca. Acha ser de grande utilidade essa determinação pois as mensurações de Moritz, Dietl, Goedel, etc., são sufficientes para bem caracterisarem as modificações do volume do coração e o augmento da sua área de projecção.

A reacção de fixação de complemento na determinação de focos e no diagnostico retrospectivo de febre amarella — DRS. LEMOS MONTEIRO E J. TRAVASSOS. — O autores apresentam uma interessante comunicação sobre a fixação do complemento na determinação de focos e no diagnostico retrospectivo da febre amarella. Os A.A. descrevem os resultados das reacções praticadas, com séros enviados para diagnostico e provenientes de doentes e convalescentes da Santa Cruz de la Sierra, na Bolivia. Descrevem a technica para a reacção em seus detalhes principaes, assim como os seus resultados anteriormente obtidos e os de outros

autores. Os resultados da reacção de fixação de complemento com os soros examinados concordam, em geral, com os da prova de protecção, e servindo a reacção como um meio para o diagnostico retrospectivo da febre amarella e tambem para a elucidación de novos focos de infecção.

Sobre um caso de mal de engasgo — DR. RODOLPHO DE FREITAS.

— Relata o Autor a observação de uma doente internada na 1.ª Enfermaria Cirurgica de Mulheres da Santa Casa, serviço do dr. Ayres Netto. Tratava-se de uma paciente que ha 10 annos soffria essa affecção. Foi ella operada pela technica de Heller associada á de Rytse, obtendo resultado brilhante, verificado radiologica e clinicamente, 8 dias após a intervenção. O mal de engasgo diminuiu de 2/3, voltando ao calibre normal e o funcionamento do cardia estava normal. Na paciente não havia coexistencia de megacolon, megarecto ou megalo-urether. A paciente teve alta 15 dias após a intervenção, augmentando 800 grs. de peso. Em seguida o A. faz breves considerações sobre etiologia, pathogenia, physio-pathologia, histopathologia e therapeutica do mal de engasgo para concluir com a opinião de Hunst, Roske e outros, adoptada por Corrêa Netto e Moacyr Amorim, que julgam existir falta de coordenação no mecanismo de abertura do cardia em relação com peristaltismo do esophago, isto é, a chalasia de Hurst, consequencia da lesão histo-pathologica dos ganglios nervosos e plexo inter-parietal de Oppenschowski, muito provavelmente resultante de uma infecção contrahida pelos doentes portadores da affecção.

Quanto á therapeutica o A. ainda prefere a cirurgia pela technica de Heller associada á de Roske, pela benignidade, pelo excellente post-operatorio que quasi sempre condiciona.

Pulmatol
.....

O melhor remedio
contra a tosse

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE MARÇO

Presidente: DR. SCHMIDT SARMENTO

Mastoidite chronica com cholesteatoma, fistulada para o conducto auditivo. Symptoma fistular. Radical. Cura—DR. SYLVIO OGNIBENE.—O A. chama a atenção para o resultado pratico do caso e diz que a doente tinha sido operada aos 7 annos, de mastoidite aguda, sendo agora aos 19 annos acommettida de vertigens, 3 a 4 vezes por dia, nas quaes chega a cahir. O exame revelou secreção pastosa, amarelada, fetida, com laminas epitheliaes, e que foi diagnosticada como cholesteatoma. Na parede superior do conducto foi constatada uma fistula, que sendo explorada com estilete provocou vertigem. O tympano apresentava perfuração no quadrante postero-superior, que invadia a região posterior da membrana flacida de Shrapnell.

Após justificar o diagnostico de cholesteatoma, demonstra a participação do antro no processo inflammatorio, o que impunha o diagnostico de mastoidite chronica com cholesteatoma. Faz considerações a respeito das vertigens, verificando a participação do labyrinth e que no minimo estava desnudado o endosteo do canal horizontal, pois não constatao fistula na parede ossea deste canal.

A plastica seguida foi um corte horizontal na parede posterior do conducto, paralelo ao seu eixo, até attingir ou interessar mesmo a concha auricular. O segundo corte viria formar com o primeiro uma forquilha. Os 2 retalhos foram rebatidos sobre a cavidade ossea mantidos distendidos, apenas por compressão da gaze. Diz ter sempre obtido optimos resultados nas suas radicais evitando os pontos com categut e apresenta á casa a doente em questão, operada por esse processo. Deu alta á doente, que nada mais sentiu após 30 a 35 dias de curativos. O exame do labyrinth nada revelou a não ser a di-

minuição do periodo de latencia do lado doente, o que é natural. Apresenta radiographias comprovantes e a doente operada.

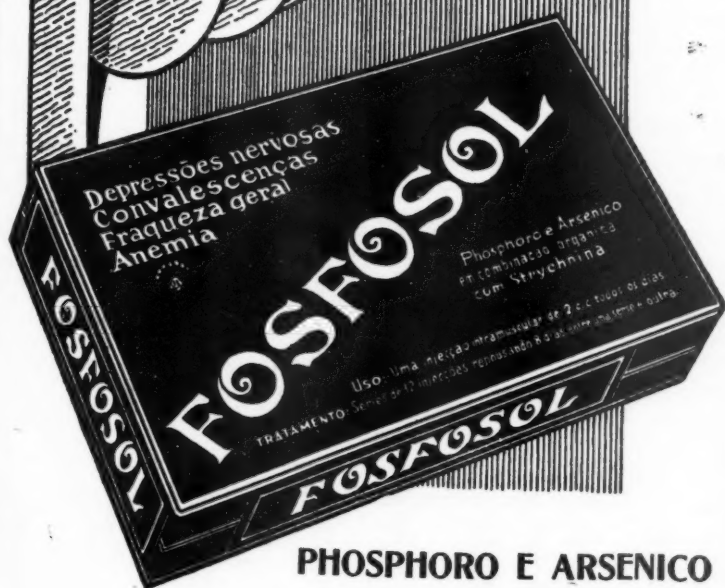
DISCUSSÃO.—a) Dr. Roberto Oliveira attribue o symptoma de fistula pré-operatoria a uma compressão do cholesteatoma que estivesse em contacto com a janelha oval ou um canal semi-circular aberto. Nesse caso a sonda comprida a cochlea e provocaria o symptoma. Lastima que não tenha havido pesquisa de nystagmo e demais symptomas que acompanham a excitação labyrinthica. A cura post-operatoria indicaria a origem labyrinthica da fistula.

b) Dr. Mario Ottoni fala sobre a interpretação do symptoma fistular e cita o modo de fazê-lo, explanado por Ruttin, que allás é acceto por quasi todos os especialistas. Refere-se em seguida ás modernas ideias sobre o assumpto, expendidas por Wittmack, isto é, que o nystagmo para o mesmo lado seria produzido pela compressão da perilympha, actuando circularmente sobre osapparelhos maculares do labyrinth e o nystagmo para o lado opposto seria causado pela compressão da endolympha, no interior dos canaes semi-circulares membranosos. Faz considerações sobre os dados anatomicos em que se baseou esse A. para desenvolver a sua theoria. Considera em seguida o symptoma fistular sem fistula, descrito por varios autores, sobretudo por Ruttin, que o liga a um afrouxamento dos ligamentos da platina do estribo, fornecendo a pressão do labyrinth, mesmo quando da membrana tympanica integra. Citra o trabalho de Paus que, dentre as muitas causas explicativas deste symptoma, quer que o catarrho exsudativo do ouvido medio seja a causa de dor mais commun.

c) Dr. Francisco Hartung nas palavras do Dr. Ognibene engera uma

EMPOULAS

FOSFOSOL



PHOSPHORO E ARSENICO
em combinação com
ESTRYCHNINA E EXTRACTOS OPOTHERAPICOS

ADRENALINE CLIN

(CHLORHYDRATO)

Princípio activo das capsulas suprarenaes.

SOLUÇÃO DE ADRENALINE CLIN a 1/1000.

Frasco de 5, 10, e de 30 c. c.

COLLYRIO DE ADRENALINE CLIN a 1/5000 e a 1/1000.

Em Empôlas conta-gotas de 10 c. c.

Associações: COLLYRIOS CLIN em Empôlas conta-gotas de 10 c. c.

Adrenaline-Cocaine. — Adrenaline-Éserine.

GRANULOS DE ADRENALINE CLIN dosados a 1/4 de milligr

SUPPOSITÓRIOS D'ADRENALINE CLIN a 1/2 milligr.

TUBOS ESTERILISADOS DE ADRENALINE CLIN

para Injecções hypodermicas.

Soluções tituladas a : 1/10 milligr. — 1/4 milligr. — 1/2 milligr. — 1 milligr.

Associações: TUBOS ESTERILISADOS CLIN

de ADRENALINE-COCAINE
de ADRENALINE-STOVAINE
de ADRENALINE-SYNCAINE

Dosagens usuas
em caixas de 6 e de 12 empôlas.

4833

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ia} - PARIS

“METRICIDINA”

DO PROF. DR. ALEIXO DE VASCONCELLOS

Padrão das Vaccinas na moderna vaccinação pelvica

AMOSTRAS COM O DEPOSITARIO:

FRANCISCO SANTOS

RUA JANDAIA, 34 — TELEPH. 2-6634 — SÃO PAULO

DRAGEAS

GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

PERTURBAÇÕES
HEPATO-BILIARES
COLITOS

CHOLAGOGO

INSUFICIENCIA
HEPÁTICA
ENXAQUÉCAS

Laboratorio dos Productos SCIENTIA 21, rue Chaptal, Paris. 9^e

oportunidade para justificar a sua preferencia por certas posições para o diagnostico de mastoide doente. O A. diz ter tido difficuldade na obtenção de algumas das suas chapas. Ora, o cholesteatoma altera em geral de tal modo a anatomia da mastoide que podemos prescindir da comparação dos 2 lados (direita e esquerda). Nesse caso lembraria a posição que constitue a incidencia optima para o esclarecimento dos detalhes de mastoide.

d) Dr. Silvio Ognibene encerrando a discussão: Efetivamente não encontrou fistula macroscopica, podendo ter havido symptoma fistular sem fistula, explicavel por compressão do cholesteatoma. Não entrou em detalhes do seu caso, quanto aos symptomas do ouvido interno, antes da operação. Respondendo ao Dr. Hartung diz que a difficuldade que experimentou nas suas chapas, foi para a injeção de iodipina, que era impedida em parte pela presença do cholesteatoma. Si pretendesse uma chapa classica, certamente usaria outra posição.

Kysto para-dentario do maxillar superior — DR. PAULO SAES. — O A. apresenta um caso de uma creança de 8 annos que teve um kysto dentifero, que tomava todo o seio maxillar direito grandemente dilatado e que ficou com a sua parede ossea pergaminhada. A parede externa nasal era fortemente recalçada contra o septo. Pela operação, foi o kysto extirpado com a capula intacta e o dente que lhe deu origem, nelle implantado. Havia ainda dentro do seio mais um dente supra-numerario, em seu completo desenvolvimento. O volume era relativamente grande, tratando-se de uma creança. Estuda a etio-pathogenia dos kystos para-dentarios incluindo o seu caso na classe dos kystos dentiferos (denominação de Lancus) e que estão ligados a uma perturbação na evolução dentaria. Depois trata do diagnostico differencial que o caso comportava e a utilidade que a radiographia podia ter. Te mina pelo tratamento que varia de conformid de om o volume do kysto: deverá ser feito como na operação radical da sinusite maxillar e havendo necessidade, com

a contra-abertura nasal em determinados casos.

DISCUSSÃO:

a) Dr. Mario Ottoni: Assignala o interesse que apresentam os kystos para-dentarios heterotopicos. Discorre sobre o caso apresentado pelo Dr. Paulo Sâes e refere-se a rara habilitade de haver o collega conseguido retirar o kysto inteiro do antro maxillar, juntamente com o dente, que o causou, e ainda preso á capsula do mesmo. Lembra em seguida 3 casos identicos, que ha annos apresentara á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, não tendo tido a felicidade de poder, como o Dr. Paulo Sâes obter delles as radiographias. Fala sobre a difficuldade que apresenta o diagnostico, em taes casos, sobretudo quando ha falta deste meio de elucidação.

Dr. Paulo Sâes (encerrando a discussão): Refere ter ouvido a conferencia do Dr. Mario Ottoni na Associação dos Cirurgiões Dentistas, concorda com a explicação aventada sobre a pathogenia dos kystos. Quanto ao diagnostico, nos casos iniciaes não é facil, passando muito tempo desaperebidos. Em geral são descobertos no curso de uma operação ou então pela prova radiographica. Nos casos avançados, porem o diagnostico é facil, sobretudo com o auxilio da radiographia.

Angina pseudo-diphtherica a Pneumococcus typo III — DR. FRANCISCO HARTUNG. — Um menino de dois annos e meio adoece com elevada temperatura, intensa dôr de garganta e mau estado geral. Em vista da presença de membranas na garganta foi pesquisado o bacilo de Löffler, com resultado negativo. Pesquisa de associação fuso-espirillar tambem negativa. Emprego de salicylato e azul de methyleno sem resultado algum. Como ao cabo de uma semana o estado da creança continuava o mesmo, é admittida a hypotese de angina a Pneumococcus, sendo que o resultado do esfrego revela de facto o Pneumococcus typus II e III. O exame da formula leucocytaire nada revelou de anormal. Foi então preparada uma vaccina autogena e logo ap's a segunda dose

o doentinho apresentou francas melhoras, até o completo restabelecimento. O A. passa em revista os casos da literatura, accentuando a necessidade do diagnostico differencial precoce com outras anginas, taes como a diphterica, angina de Vincent, anginas monocytica e a granulocytica.

DISCUSSÃO :

a) Dr. Roberto Oliva - Lembra um caso de sua clinica, de angina por *Pneumococcus* II e III, associado ao estreptococcus. Tratava-se de uma mocinha portadora na amygdala esquerda de uma ulcera de cor cinza, e ferida. Recorreu ao bismutho local, tendo com isso beneficiado o estado local da ulcera. Como tratamento complementar, foram feitas irradiações solares. Os rins, porem, foram affectados, levando a paciente a morte. Como tratamento geral, injeções de soro e 914.

b) Dr. Mario Ottoni de Rezende : Os casos de angina pneumococcica são relativamente raros porquanto em geral o pneumococcus procura cavidades mais fechadas. Enumera as 3 formas clinicas de angina pneumococcica : a erythematosa, que differa da angina catarrhal pelo brilho secco da mucosa e intenso rubor ; a pseudo membranosa que vae desde a angina follicular isolada até as placas confluentes, de cor cinza e que se estendem aos pilares, pha-

rynge e por fim ás bochechas e labios, onde se manifesta raramente a diphteria ; a ulcerosa ou postemosa onde apparecem ulceração purulentas.

c) Dr. Mangabeira Albernaz : Esterna a impressão de que as anginas traduzam antes uma reacção especial do organismo do que a acção do germen pathogenico. O especialista não confunde uma angina de Vincent com a diphteria, attendendo aos caracteres da falsa membrana. Cita casos em que o exame clinico bastou para precisar o diagnóstico. Não comprehende porque saprophytas em circumstancias especiaes provocam anginas nas quaes apparecem como germens exclusivos. Pensa que a questão do ambiente seja o factor que facilita o crescimento de um ou outro germen, conforme o caso. Sempre que se trata de *Pneumococcus* em geral o caso é grave. Como tratamento prescreve o uso de corante : azul de methyleno, trypaflavina, violeta de genciana-fuchsin. Nos casos graves, tenta sempre os meios decisivos.

Dr. Francisco Hartung (encerrando a discussão) : Pensa que o seu caso corresponde ao terceiro typo, o ulceroso, com perfuração do palato molle. Não recorreu ao tratamento local pelo 914, tendo encetado logo um tratamento geral, devido á gravidade da molestia. Nos casos descriptos por Fox foram 2 mortos, dando a impressão de que a diminuição da defesa do organismo foi o que fez resaltar a virulencia do germen.

SECÇÃO DE MEDICINA EM 20 DE MARÇO

Presidente : DR. EDUARDO MONTEIRO

Syndromo de Lichtheim - DR. OCTAVIO RODOVALHO. — O A. inicia a sua exposição, fazendo um apanhado das doutrinas que procuram explicar o apparecimento de alterações nervosas no curso das anemias. A seguir lê a observação de uma menina de 16 annos portadora de disturbios nervosos que se haviam instalado no curso de uma anemia profunda, secundaria a infestação pelo ancylostomo e trichocephalus. Mostra finalmente, a regressão rapida dos phenomenos nervosos sob a acção do tratamento anti-anemico.

O tratamento da taeniasse pela instillação directa no duodeno da solução taenifuga - DR. CEARIO MATHIAS. — O A. mostra a simplicidade da technica : Uma vez chegada a sonda ao duodeno, instilla lentamente pelo tubo, com auxilio de uma seringa de 50 a 100 cc. a seguinte solução :

Extracto etherico de feto macho	7.0
Gomma arabica	20 cc.
Sulfato de magnesio.	30.0
Agua distillada	120,0

Segundo o A. verifica-se a expulsão da taenia, no prazo de 2-3 horas.

Estuda as vantagens do methodo, principalmente a sua efficacia, pois em 11 casos estudados, 7 vezes obteve a eliminação total, na 1.ª tentativa.

Hemoptyse ou hematemese : rectificação de diagnostico. Syphilis gastrica e não cancer do estomago. Falsos nichos da pequena curvatura - DR. OCTAVIO DE CARVALHO. — O A. rectifica um diagnostico de hematemese feito em uma doente de sua clinica particular Um exame de escarro praticado posteriormente revolveu a presença de espirillos. Esta doente curou-se comple-

tamente com o uso de arsenicaes e bismutho, medicamentos especificos das espirilloses. Na 2.ª parte, rectifica o diagnostico de lues gastrica, afastando completamente a hypotese de um cancer. De facto, o doente apresentado o anno passado, submetido ao tratamento especifico, melhorou rapidamente, achando-se em vias de cura. Finalmente o Dr. Octavio de Carvalho chama a attenção para as falsas imagens radiologicas devidas a uma propozição do duodeno. Documenta o seu trabalho com algumas radiographias elucidativas. Mostra finalmente que o caracter para o diagnostico positivo de ulcera (nicho) é o da sua persistencia nas posições ventral e lateral.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE MARÇO

Presidente : DR. CLEMENTE FERREIRA.

Prophylaxia da tuberculose na infancia - DR. CLEMENTE FERREIRA. — O autor pronunciou a sua conferencia sobre a prophylaxia da tuberculose na infancia", sendo ao terminar muito applaudido e felicitado por todos os presentes. O Dr. Barros Vianna, pedindo a palavra tece elo-

gios ao conferencista, frizando, entre outras coisas, que, descrente a principio das medidas prophylacticas da tuberculose na infancia, curva-se agora, convencido, diante dos bellos resultados obtidos pelo Dr. Clemente Ferreira.

SECÇÃO DE GYNECOLOGIA E OBSTETRICIA, EM 28 DE MARÇO

Presidente : DR. JOSÉ MEDINA.

Operação de Cotte e de Castaño - DR. EDUARDO PIRAJÁ. — Dando inicio aos trabalhos, o secretario lê a acta da sessão anterior que é posta em discussão pelo Sr. Presidente. O Dr. Eduardo Pirajá pede a palavra para pedir uma rectificação na citada acta, quando se refere ás objecções que apresentou á communicação do Dr. Arthur Wolff Netto. intitulada : "Sobre as operações de Cotte e de Castaño". Nesse trabalho o A. affirmara a inocuidade da operação que preconiza no tratamento das sympathalgias pelvianas da mulher, baseando-se em casos por elle operados ha mais de um anno e em observações clinicas do Prof. Castaño, que já datam de 10 annos.

O Dr. Pirajá objetou que Castano só pratica a sympathectomia dos feixes espermaticos, não a associando á operação de Cotte, não se applicando as suas conclusões a uma operação que enerva totalmente os órgãos genitais internos da mulher como lhe afigura a operação recomendada pelo Dr. Wolff Netto. Por conseguinte, só a observação, durante annos, das mulheres operadas pelo Dr. Wolff poderá provar se a operação de Cotte-Castaño traz ou não perturbações trophicas ao aparelho genital feminino.

As vantagens do tratamento conservador sobre o cirurgico nos processos inflammatorios dos an-

nexos — DR. J. VIEIRA DE MACEDO.

— Dada a palavra ao Dr. J. Vieira de Macedo, este inicia a sua comunicação citando as estatísticas das clínicas de Franz, Lindeman, Kuster e Recassens, comparando-as com a da clínica gynecologica do Prof. Moraes Barros, a qual registra uma porcentagem de 6,4 % de operadas. Insiste nas vantagens estaticas e dynamicas que o processo conservador auferê. Descreve as lamentaveis consequencias durante as intervenções nos periodos agudo e chronico da infecção principalmente as manobras internas com todos os deploraveis incidentes, á difficuldade de discernir naquelle amontoado de exsudato o nobre tecido ovariano, que quando se trata de processos bilateraes quasi sempre é sacrificado determinando perturbações ovario-privas com todas as suas desagradaveis manifestações. Contra-indica em absoluto as operações de colpotoomia quando se trata de processos inflammatorios de etiologia gonococcica.. Traça normas no tratamento dos processos agudo e chronico visando neste ultimo, de preferencia a vaccino-therapia pelvica, preconisada por Bucura, assistente do Prof. Halban, e a diathermotherapia defendida elogiosamente por Recassens. Termina aconselhando que somente na inefficacia do tratamento conservador deva se admittir a tentativa cirurgica. Presta, neste particular, uma homenagem ao saudoso Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho, que entre nós foi dos primeiros a constatar a inconveniencia, a que frequentemente alludia nas referencias á therapeutica cirurgica das annexites.

DISCUSSÃO.

Posta em discussão a comunicação, pede a palavra o Dr. Eduardo Pirajá, o qual reconhecendo a superioridade do methodo conservador no tratamento das annexites é de opinião entretanto, que em nosso meio

nem sempre as condições sociaes das doentes associadas a deficiencia de assistencia hospitalar permittem o emprego exclusivo do tratamento conservador. Acha que quando isto se verifica o gynecologista deve emprega-lo no periodo agudo, findo o qual poderá intervir cirurgicamente colhendo desta forma resultados satisfatorios e duradouros.

O Dr. Carlos Pagliuchi discorda do A. quando este attribue o effctio therapeutico da diathermia ao calor por ella produzida nos órgãos que atravessam. Em seu entender aquelle effeito é devido á propria corrente de alta frequencia e não ao calor que seria um factor secundario.

O Dr. Benedicto Tolosa declara ser inteiramente favoravel ao tratamento conservador. Porem lembra que ha pontos na comunicação que merecem ser esclarecidos. Assim é que o A. diz que a cirurgia deve ser empregada na falha do tratamento conservador, e no entanto não refere o criterio que deva guiar o especialista em admitir o insucesso do methodo conservador. O A. allega como vantagem do methodo conservador a possibilidade de futuras prenhezès topicas. Porem neste caso devemos lembrar tambem o grande perigo de futuras prenhezès ectopicas.

O Dr. Sylla O. Mattos é de opinião que o tratamento cirurgico tem sua indicação quando o tumor inflammatorio não regride com o tratamento conservador.

Dada a palavra ao Dr. Macedo, este opina que o symptoma dôr deva ser o criterio para intervenção cirurgica; tanto que a maioria dos casos operados de sua estatistica, o foram por imposições das doentes. Entretanto não deixa de reconhecer que a condição social da doente deva ser levada em consideração para não ser executado um tratamento conservador por longo tempo, trazendo grande disturbio na vida privada da paciente.

Vindo a São Paulo,

visite a
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

PREDIO MARTINELLI

INSTITUTO PINHEIROS

BACTERIOLOGIA
SOROTERAPIA



ANALYSES CLINICAS
SERVIÇO ANTI-RABICO

DIREÇÃO DOS DRS.

EDUARDO VAZ E MARIO PEREIRA

Infecções neisserianas infantis

1 - Hipodermo-vacina anti neisseriana

Dose unica. Para criança. Caixa de 5 amps. Cada ampôla contem 1 bilhão de Diplocóco de Neisser

2 - Hipodermo-vacina anti neisseriana mista

Dose unica. Para criança. Caixa de 5 amps. Cada ampôla contem 1 bilhão de germes (Neisser e germes de infecção secundaria).

Infecções neisserianas e suas complicações

1 - Hipodermo-vacina anti neisseriana

Dose unica. Para adulto. Caixa de 5 amps. Cada ampôla contem 2 bilhões de Diplocóco de Neisser

2 - Hipodermo-vacina anti neisseriana mista

Dose unica. Para adulto. Caixa de 5 amps. Cada ampôla contem 2 bilhões de germes (Neisser e germes de infecção secundaria).

MODO DE EMPREGO — $\frac{1}{3}$ DE AMPÔLA; $\frac{2}{3}$ DE AMPÔLA; DEPOIS A AMPÔLA TODA, CADA 3 DIAS. DE ACORDO COM A SENSIBILIDADE INDIVIDUAL, PODE O MEDICO ALTERAR AS DÔSES E OS INTERVALOS.

Laboratorio, Direção, Administração:

R. Fradique Coutinho, 65
(Bairro dos Pinheiros)

End. Tel. "LUZITA" - C. Postal, 951
Telefone 7-5898

Secção de Analises Clinicas:

Rua Libero Badaró N.º 23

5.º Andar

De 8 ás 18 horas

SÃO PAULO — BRASIL

ASSICURAZIONI GENERALI DI TRIESTE E VENEZIA

COMPANHIA ITALIANA DE SEGUROS FUNDADA EM 1831

SEGURO DE VIDA:

Em todos os planos mais modernos e com as
taxas mais modicas.

SEGURO DE:

Fogo, Transportes Maritimos e Ferroviarios,
Responsabilidade Civil, Accidentes Pessoaes, Roubo.

Resumo do Balanço do anno de 1931

100.º anno de existencia

<i>Fundo de garantia</i> , mais de . . .	<i>Rs. 1.220.000:000\$000</i>
<i>Prejuizos pagos</i> , desde a fundação, mais de	<i>Rs. 7.619.000:000\$000</i>
<i>Seguros de vida em vigor</i> , mais de	<i>Rs. 5.099.000:000\$000</i>
<i>Seguros de vida realizados em</i> <i>1931</i> , mais de	<i>Rs. 817.000:000\$000</i>
<i>Arrecadção de premios em 1931</i> , mais de	<i>Rs. 496.000:000\$000</i>
<i>Arrecadação de premios de vi-</i> <i>da em 1931</i> , ma. de . . .	<i>Rs. 243.000:000\$000</i>

O SEGURO DE VIDA

que a "Assicurazioni Generali di Trieste
e Venezia" offerece tem :

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1) As condições mais liberas | 5) A possibilidade de ser realizado em qual-
quer moeda |
| 2) As taxas mais reduzidas | 6) A vantagem de ser liquidavel em qual-
quer pais |
| 3) As tarifas mais variadas | 7) As melhores e mais amplas garantias |
| 4) As liquidações mais rapidas | |

ANTES DE REALIZAR QUALQUER SEGURO DE VIDA,
no proprio interesse de Va. Sa., peça informações e orçamentos, que
lhes serão fornecido, sem qualquer compromisso de sua parte, á:

Assicurazioni Generali

SUCCURSAL EM S. PAULO

RUA 15 DE NOVEMBRO, 23. PHONES: 2-4892 E 2-1583
CAIXA POSTAL, 3432

ou a qualquer dos nossos Agentes ou Representantes no Estado.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE ABRIL.

Presidente: PROF. BENEDICTO MONTENEGRO

Carcinoide do appendice — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. refere-se ao trabalho sobre carcinoides do appendice apresentado na sessão passada pelo Prof. B. Montenegro e dr. Miguel Leuzzi. Opina que os 8 casos brasileiros dessa affecção não estão convenientemente documentados. Por essa razão, promete fazer um trabalho de revisão do assumpto, em collaboração com o Dr. Constantino Mignoni.

Tumores da bolsa de Rathke — PROF. ALFREDO MONTEIRO. — O A. agradece as palavras elogiosas do Sr. Presidente e inicia sua conferencia tecendo ligeiras considerações sobre a anatomia da hypophyse. Quanto á classificação diz que estes tumores congenitos devem ser considerados como craneopharyngeomas. Diz que são relativamente frequentes. Assim, Cushing, no recentissimo Congresso de Neurologia de Berne, apresentou uma estatística sobre 2023 tumores do encephalo dos quaes 112 eram congenitos e destes 92 eram craneopharyngeomas. Apparecem com muita frequencia entre os 10 e 20 annos de idade, a ponto de Cushing affirmar que em pacientes menores de 20 annos, não se deve pensar em adenoma da hypophyse e sim em tumor da bolsa de Rathke. A symptomatologia admittida pela maioria dos autores é: hemianopsia bitemporal, calcificação e syndromo adiposo-genital. A este ultimo symptoma o A. dá importancia relativa; pois faltou inteiramente em 2 dos seus casos e mesmo no 3.º caso o syndromo adiposo-genital não era puro, o paciente apresentava conjuntamente signaes de nanismo e de acromegalia. O A. affirma que em pacientes menores de 20 annos a presença da hemianopsia bitemporal e calcificação são quasi sufficientes para firmar o diagnostico. Chama particularmente a attenção sobre a symptomatologia ocular, lamentando a falta de ligação entre o ophtalmologista e o neuro-cirurgião, fazendo com que a maioria dos casos sejam

operados tardiamente. Quanto á radiotherapia profunda no tratamento desses tumores, cita autores que dão uma grande porcentagem de cura, outros que mostram-se pessimistas quanto á cura definitiva. O A. acha que de um modo geral o tratamento deve ser cirurgico, tendo a radiotherapia suas indicações restrictas. Passa a estudar a technica operatoria. Tratando-se sempre de tumores, supra-sellares, a via de acesso deve ser a frontal larga e é a que usa exclusivamente. A posição do paciente é um pouco inclinada e só usa anesthesia local. Chama a attenção para um detalhe de technica que consiste na punção dos ventriculos atraves do lobo frontal produzindo o colapso do mesmo. Em seguida lê as observações minuciosas dos seus 3 casos, assignalando que a concomitancia da cephalaea e a diminuição progressiva do poder visual é constante nas 3 observações. Exibe radiographias e projecta photographias das intervenções e peças necropsicas de seus casos. Conclue fazendo um apelo aos que se dedicam á especialidade, afim de que não esmoreçam e faz votos que seja mais intima a cooperação entre clinicos e cirurgiões.

Bases actuaes da cirurgia gastrica — DR. EDMUNDO VASCONCELLOS. — Discussão do trabalho já communicado:

O Dr. João Montenegro pede a palavra e diz que Finsterer nas gastrectomias não deixa sempre o pyloro como referiu o autor do trabalho, mas só o conserva nos casos em que a ulcera invade a segunda porção do duodeno, cuja resecção acarretaria a secção do choledeco. Também não lhe parece conveniente fazer uma boca anastomotica muito larga o que tem a desvantagem de facilitar a passagem da secreção acida do estomago na alça anastomosada, pre-dispondo-a á ulcera peptica.

O Dr. Wladimir do Amaral em seguida pede a palavra dizendo não estar de accordo com a preferencia do A. pe'a etiologia infecciosa

da ulcera. Considerando que o apparecimento da ulcera gastrica ou duodenal obedece mais a factores geraes havendo mesmo individuos predispostos, portadores de varias ulceras, não lhe parecem muito justificaveis as grandes resecções.

O Dr. Alipio Corrêa Netto pede a palavra dizendo que abandonou o methodo de Reichel-Polya e usa a technica de Hofmeister-Finsterer, porque poudé verificar radiologicamente que os doentes operados segundo esta technica não apresentavam o enchimento retrogrado da alça afferente anastomosada.

Ao Dr. E. Vasconcellos é dada a palavra; persiste em que Finsterer deixa sempre o anel pylorico nas gastrectomias, não por impossibilidade de extirpação, mas obedecendo a um criterio physiologico, pelo qual a innervação se faz do estomago ao duodeno através do pyloro, sendo assim o regulador da motricidade duodenal. É um ponto de vista pessoal que o A. não espôsa. Acha que a bocca anastomotica deve ser o mais

ampla possível afim de facilitar o mais possível o refluxo dos liquidos alcalinos bilio-pancreaticos para o estomago, os quaes, neutralizando a acidez, impedem a formação da ulcera peptica. Quanto á questão da etiologia da ulcera nega que só a causa infecciosa explique o apparecimento da ulcera mas parece-lhe que á luz dos conhecimentos modernos é a que vem ganhando mais importancia. Mesmo reconhecendo a possibilidade de uma causa geral para as ulceras gastricas e duodenaes, pensa ter demonstrado nas conferencias que pronunciou que o melhor meio therapeutico que actualmente possuímos para este mal é a gastrectomia larga.

Por fim, o Prof. B. Montenegro encerra a discussão dizendo que não vê razão em Finsterer na conservação do anel pylorico. Continua a usar a technica de Reichel-Polya, porque o estudo radiologico de alguns casos por elle operados seguindo a technica de Hofmeister-Finsterer revelou que da mesma forma havia enchimento retrogrado da alça afferente anastomosada.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE ABRIL

Presidente: PROF. PINHEIRO CINTRA

Helminthiase (forma dysenterica) — DR. BULLER SOUTO. — Caso de uma creança de 22 dias de idade que apresentou durante um mez e 12 dias um syndromo dysenteriforme, com reiterados exames de fézes negativos para germens dysenterogenos e que, ao fim de 42 dias de doença, expulsou um cestodeo *Heminolepis* diminuta, em seguida á medição arsenical pelo **stovarsol**, tendo a symptomatologia cedido rapida e definitivamente com cura da doentinha. Chama a attenção para a infestação em idade tão joven e para

a symptomatologia excepcional apresentada, tecendo commentarios em torno da maneira pela qual se teria dado a infestação.

A puericultura ha 140 annos — DR. PEDRO DE ALCANTARA. — O A. faz commentarios sobre a obra "Tratado de educação physica de Francisco de Mello Franco, publicada em Lisboa em 1790 examinando as semelhanças e differenças existentes entre a puericultura de então e a de hoje.

As aguas medicamentosas naturaes

Orientação moderna sobre o estudo e applicação das aguas mineraes, pelo Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Preço 10\$000

Pedidos ao autor, caixa postal 1574, São Paulo

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 30 DE MARÇO

Presidente: DR. ALVARO COUTO BRITTO

Discussão das conclusões apresentadas pelo Dr. Cesar Salgado em seu trabalho "Novos Rumos da Criminologia"—O dr. Vicente de Azevedo sente ter de falar na ausencia do dr. Cesar Salgado que, por motivo de força maior, segundo comunicára, não estava presente. Discutiu o assumpto traçando um rapido historico da criminologia que se destacou do Direito Penal e passou a constituir sciencia autonoma e independente, isto é, a sciencia do crime e do delinquente. Quanto á terceira conclusão, relativa á pena, Seneca, citando Platão, empregará as mesmas expressões do seu antagonista.

A crystallisação de alcaloides pelo reactivo de Dragendorff como

meio de pesquisa—DA. ELISA NOVAK.—O dr. Milton Estanislau do Amaral procedeu, em seguida, á leitura de um trabalho da pharmaceutica d. Elisa Novak sobre "A crystallisação de alcaloides pelo reactivo de Dragendorff como meio de pesquisa", que foi muito apreciado.

Novas technicas e novo processo de observação dos ossos em medicina legal—DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO e D^a. OPHELIA BAILLOT.—Os AA., por questões de prioridade, apresentam as suas conclusões sobre o trabalho "Novas technicas e novo processo de observação dos ossos em medicina legal" devendo, opportunamente, discorrer sobre o assumpto.

Centro Academico Oswaldo Cruz

DEPARTAMENTO SCIENTIFICO, EM 21 DE MARÇO

Presidente: Ddo. JAYME RODRIGUES.

Um caso de aneurysma cirsoide da mão direita—Ddo. JAYME RODRIGUES.—O A. descreve um caso observado na clinica do dr. Bento T. Ferraz, no qual, além do aneurysma cirsoide da mão, o doente apresentava ainda dilatação da arteria sub-clavia direita, e radiologicamente, aortite. Chama a attenção dos collegas para a raridade da affecção. O doente soffreu tres intervenções tendo tido a amputação do annular direito. Salienta ainda o processo de osteite condensante de dois metacarpianos, e osteoporose dos ossos do carpo, alguns metacarpianos (epiphyseae) e phalanges.

Dois casos de aneurysma da aorta abdominal. Considerações clinicas—Ddos. LUIZ MARINO BELLINI e OCTAVIO TISI.—Os AA. apresentam dois casos em que as symptomatologias eram mais ou menos identicas: Dôr pulsatil na região lombar esquerda e phenomenos de compressão. As radiographias dos casos mostram a corrosão dos corpos vertebraes. O exame physico revelou: fremito e sopro systolico audivel no epigastrio onde se palpavam os aneurysmas. Em um dos casos o sopro tambem era audivel pela auscultação posterior feita ao nível das ultimas vetebbras dorsaes. Foi feito o diagnostico de séde dos aneurysmas.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

SESSÃO DE 22 DE MARÇO

Parotidite post-operatória — DR. ROCHA BRITO. — O A. começa por declarar que num período de quasi 25 annos de pratica cirurgica só teve oportunidade de observar dois casos desta curiosa complicação. O primeiro diz respeito a uma senhora da alta sociedade campineira, com 53 annos, casada, que deu entrada na Beneficencia com o diagnostico de appendicite aguda. Apresentava pulso 125 temperatura de 39°, dór intensa na fossa ilíaca direita. Foi operada immediatamente, e a intervenção revelou appendice volumoso e presença de reacção peritoneal discreta. O decurso post-operatorio foi optimo, pulso e temperatura tendo logo voltado á normalidade. Ao terceiro dia a doente já tomava algum alimento. No quarto dia, porém, logo pela manhã, o pulso subiu a 150 e a temperatura a 40°, o que coincidiu com o apparecimento de vultuosa tumefacção da região parotidea direita. Nesse mesmo dia, a temperatura chegava a 42° e o pulso a 160. Apesar do tratamento adequado, logo instituido, a gravidade dos symptomas foi augmentando e á tarde vinha a paciente a fallecer.

No segundo caso, tratava-se de um homem de 35 annos, internado de urgencia, tambem com appendicite aguda. Pela intervenção verificou-se haver peritonite com appendicite gangrenosa perfurada. Mickulicz. Decurso post-operatorio complicado; ileo paralytico. Tudo, porem, cedeu, e o caso entrou na marcha normal. No 12.º dia, appareceram, porem: grande tumeração da parótida direita, febre de 40, pulso rapido e vomitos. Medicado convenientemente, melhorou o doente. No dia immediato percebia-se flutuação, motivo por que foi feita uma pequena incisão, dando saída a grande quantidade de pus fétido e escuro. Uma semana depois estava o doente curado de seus males.

Passa então o A. a estudar as parotidites post-operatorias. Baseado na literatura especial do assumpto, passa

em revista a frequencia, a etiologia, a pathogénese, o prognostico e a therapeutica desta estranha complicação. Funda-se particularmente no trabalho monographico de Reischauer. Este autor conseguiu reunir em toda a literatura mundial 357 casos; deles havia paralysis facial em 16. Em 30 % dos casos a cura espontanea se verifica; no restante o mal termina pelo abcesso. Quanto á etiologia, observa-se que a complicação surge do 1.º ao 15.º dias após á intervenção. E' rara após as intervenções na cabeça, no pescoço, no thorace. Nas operações abdominaes apparece, sobretudo em seguida ás peritonites de origem appendicular. A lesão unilateral é mais frequente, parece que a bilateral se observa mais em consequencia a operações na esphera genital feminina.

A lesão annuncia-se por febre elevada, dór, tumefacção, trismo e excoamento de pus pelo orificio do canal de Stenon, sendo este ultimo signal considerado pathognomônico.

Passa em seguida o A. ao estudo da pathogenia, mostrando a insufficiencia, quando não incoherencia, das hypótheses até agora aventadas.

Termina por fazer reparos ao tratamento, que tem de ser orientado de accordo com o aspecto do processo.

O Dr. Braga declara ter observado um unico caso em sua prática. O Dr. Bernardes diz nunca ter visto tal complicação no seu serviço, nem no do prof. Benedicto Montenegro, de quem foi interno e assistente. Reputa, porisso, muito rara a parotidite post-operatoria.

Tumores abdominaes em Lac- tentes — DR. BERNARDES DE OLIVEIRA. — O A. relata as observações clinicas de interessantes casos de tumores abdominaes em creanças. Esses casos, que foram para a mesa de operação com diagnostico clinico exactamente firmado, são em numero de 3, sendo 2 tumores mixtos embryo-

CASA DE SAUDE "DR. HOMEM DE MELLO"

25 annos de serviço. Molestias mentaes e nervosas, toxicomanias, repouso e convalescença. Logar alto e salubre. Grande parque. Pavilhões isolados

FUNDADOR: DR. CLARO HOMEM DE MELLO
DIRECTOR-CLINICO: DR. TH. DE ALVARENGA
DIRECTOR-GERENTE: MARCELLO HOMEM DE MELLO

Rua Dr. Homem de Mello. Alto das Perdizes

Telephone 5-1136

S. PAULO

Caixa Postal 12

ALUETINA

Injecções mercuriaes indolores

ALUETINA N.º 1 - Dosada a 1 centg. de cyaneto de mercurio.

ALUETINA N.º 2 - Dosada a 2 centg. de cyaneto de mercurio.

*Tratamento intensivo da syphilis
em todas as suas manifestações.*

V. WERNECK & CIA.

Rio de Janeiro



LUTZ, FERRANDO & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

RUA 15 DE NOVEMBRO N.º 47

PHONE 2-4998 — SÃO PAULO

- CIRURGIA:** *Moveis Asepticos, Salas de Operações e esterelisações. Instrumental cirurgico. Montagens completas para Hospitais e Casas de Saude.*
- CHIMICA:** *Microscopia, Batereologia, Physica, Historia Natural, Corantes e Reagentes para Laboratorios. Material de Leitz.*
- ELECTRICID.:** *Instalações completas de aparelhos de Raios X. Electricidade Medica, Diathermia, Ultra-violeta, Infra-Vermelho.*

Artefactos de Borracha

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA.

TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS.

BICOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA.

DEDEIRAS.

VIARIOS ARTIGOS PARA LABORATORIO E PHARMACIA

Genesio Figueirôa

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Ypiranga N.º 19-A e 19-B

São Paulo

LABORATORIO "MALHADO FILHO"

ANALYSES CLINICAS

Análises de Urina, Sangue, Escarro, Faleas
Membranas, Suco Gastrico, Leite, Fêzes, etc.



Reacções de Wassermann, de Reuchéas, de
Flocluação e de Widal, Auto-Vaccinas, etc.

PHARMACEUTICOS

MALHADO FILHO E PENNA MALHADO

Rua São Bento N. 24 (2.º andar) - Telephone 2-2572 - São Paulo

narios do rim — tumor de Wilms — em crianças de, respectivamente, 6 e 8 meses de idade, e 1 cysto do mesentério de provavel origem omphalo-mesentérica, em criança de 18 dias. O doentinho de 8 meses, operado de tumor do rim, falleceu de choque; os demais curaram-se e se mantêm curados. Faz o estudo de cotejo quanto ao diagnóstico differencial de tumor intra e retro-peritoneal, tomando como exemplos os casos em questão, assignalando a importancia da determinação da posição do tubo digestivo relativamente ao tumor. Assim, em ambos os casos de tumor renal, era possível palpar-se o intestino grosso por sobre a massa neoplásica, ao passo que o mesmo não se dava no caso do cysto mesentérico. Refee ainda as dificuldades do exame radiológico do intestino grosso em lactentes que não toleram o enchimento intestinal pela suspensão opaca, eliminando-a promptamente. Relativamente á technica operatoria, reconhece a gravidade da extirpação do rim neoplásico, mormente pelo precario estado de nutrição em que chegam geralmente os doentinhos. Tal desnutrição é que se tornou responsavel pelo obito veri-

ficado, não sendo capaz o organismo de vencer o choque operatorio inevitavel.

Discute ainda, no que diz respeito á technica, a anatomia-pathologica macroscopica encontrada nas duas operações de tumor renal, chamando a attenção para a necessidade do mais perfeito controle anatomico ao se separar o tumor dos órgãos visinhos: cecum, colon ascendente, duodeno, pancreas, veia cava inferior e figado. Merece especial menção a possibilidade de lesão grave da veia cava inferior (nos tumores do lado direito, como eram os dois casos referidos) que não só adhire intimamente ao tumor, como fica por elle deformada.

Em ambos os tumores renaes praticou a extirpação por via anterior intra-peritoneal atravez da incisão horizontal do flanco. O cysto mesentérico foi retirado por laparotomia mediana.

Fez a seguir o A. a apresentação das peças, mostrando um volumoso cysto mesenterico, medindo cerca de 15 x 10 cms. com areas de necrose e hemorragia, pois havia completa torsão do pediculo.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Espirito Santo do Pinhal

SESSÃO DE 11 DE ABRIL

Presidente: DR. J. RENATO D'AGOSTINI

O systema neuro-vegetativo — DR. FRANCISCO BELLIZZI. — Em preambulo, saúda a nova associação e diz que, achando superfluos os trabalhos de synthese, já feitos em numerosos compendios e que, uteis na pratica, são nocivos em theoria; e não tendo meios para erigir trabalhos originaes, dedica-se á analyse, com a desagregação e o exame das minucias do que existe feito; dessa fórma procura evidenciar a immensidade de factores que concorrem no apparecimento dos phenomenos

physico-chimico-biologicos, e dessa maneira permittir ao clinico balancear os dados e tirar conclusões que lhe sejam uteis no exercicio profissional. Não se considera um demolidor, mas aceita esse epitheto si como demolição for considerada a obra, que considera abençoada, de destruir os velhos edificios para que em seu lugar surjam as maravilhosas construções modernas.

Passando á leitura de seu trabalho, depois de leves considerações historicas, detem-se na anatomia e physio-

logia dos nervos da "viola" neuro-vegetativa, fazendo resaltar a estreiteza das relações, tanto de ordem anatomica como de natureza funcional que existem entre o nervo vago e o systema sympathico. Cuida com especial interesse das relações destes nervos com os systemas ganglionares autonomos de Openkowsky e Rubinato, e das repercussões de factores psychicos dependentes do systema nervoso central, sobre manifestações organicas, a cargo do systema neuro-vegetativo; cita, a proposito, interessantes publicações de disturbios gastro-intestinaes devidos a lesões ou tumores do cerebro.

Trata em seguida das relações do systema com as glandulas endocrinas, fazendo resaltar a importancia enorme das funções destas.

Não menor alcance attribue ao equilibrio entre os ions calcio e os potassio, da mesma fórma que entre os componentes da formula acidobasica.

Muito interessante é a parte que se occupa da influencia da hora nas manifestações neuro-vegetativas, referindo-se á madrugada, em que "o sympathico acorda", na expressão de Gravier, e que é "Theure ou l'homme meurt", segundo o livro de Jacob.

Trata amplamente da pharmacologia do systema em estudo e fecha o trabalho com a exposição dos meios auxiliares de diagnostico, enumerando as provas e signaes por que se póde reconhecer o predominio do sympathico ou do vago.

Finalmente exalta a importancia do biotipo como factor ponderavel nas conclusões diagnosticas.

Um caso de ruptura uterina traumatica culposa — DRS. FRANCISCO FLORENCE, PASCHOAL BRANDO, CANTO SOBRINHO e MORAES LEME. — O dr. Florence, em seu nome e no de seus companheiros, relata um caso clinico doloroso, operado na Santa Casa local no mesmo dia da sessão.

Tratava-se duma parturiente com feto em situação transversa e proci-

dencia de braço, a quem manobras violentas e inadequadas, feitas por uma leiga, haviam ocasionado extensa rotura uterina, pondo a vida da mulher em sério risco, ainda não afastado ao tempo da comunicação, apesar de haver sido ella operada por hysterectomia e consequente hemostasia completa do órgão lesado. Chama a attenção dos presentes para o caso e para o facto de ser o segundo em menos de um mez; o anterior causara a perda da vida tanto da mãe como do feto, não tendo aquella siquer chegado a supportar até o termo a intervenção cirurgica, aliás rapidissima, a que era submettida em consequencia das lesões existentes. A proposito, pede providencias sobre o assumpto, para evitar que leigas assim audaciosas continuem a ser causa de numerosas mortes fetaes e de pelo menos extensa morbilidade de parturientes que se lhes confiam, para serem assistidas, mas não medicadas.

Travada discussão a respeito, foi reconhecida a impossibilidade material do afastamento dessas parteiras leigas, principalmente das regiões ruraes, pela falta de profissionaes que as substituam. Como meio de remediar os inconvenientes maiores dos abusos que commettem, foi resolvido que a Sociedade dirigisse uma circular aos proprietarios agricolas do municipio, lembrando-lhes a conveniencia de fazerem sentir ás "apara-deiras" que devem cingir-se á assistencia á doente e ao recém-nascido, não lhes competindo praticar actos que não são de sua alçada; cabendo-lhes, quando houver necessidade destes, requisitar em tempo util a presença dum medico ou mandar remover a doente para o Hospital, onde lhe serão proporcionados os necessarios cuidados. Após este aviso, a Sociedade agirá junto das autoridades contra todos aquelles que se tornarem culpados de abusos de qualquer natureza, promovendo a competente repressão penal.

Abcesso do septo nasal — DR. RAUL VERGUEIRO. — O A. expõe um caso de sua clinica particular, nota-

vel pela raridade e pelas consequencias, principalmente estheticas, que pôde trazer. Era um abcesso do septo nasal, que foi devidamente tratado,

com obtenção da cura da doente, mas possível ensellamento futuro do nariz, pela destruição da cartilagem do septo.

IMPREENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Annaes da Faculdade de Medicina de S. Paulo. — VIII, 1932.

Sobre a anatomia dos nervos phrenico e paraphrenico — RENATO LOCCHI.

Particularidades histologicas em um embryoma do ovario — CARMO LORRY.

Elementos figurados do sangue de alguns teleosteos fluviaes brasileiros — JOSÉ ORIA.

Metabolismo dos gyrinos — F. A. MOURA CAMPOS e OCTAVIO PAULA SANTOS.

Sobre um flagellado parasito do *Myopotamus coipus* — PAULO TOLEDO ARTIGAS e GENESIO PACHECO.

Considerações em torno do *Coccidioides immitis* e do *Pseudococcidioides mazzai* — FLORIANO PAULO DE ALMEIDA.

Novo methodo para pesquisa do hydrogenio sulfurado nas culturas bacterianas — GENESIO PACHECO e TOLEDO MELLO.

Histopathologia e pathogenese do megaesophago e megarecto — MOACYR AMORIM e ALIPIO CORREA NETTO.

Acerca dos neoplasmas myomatosis — PAULO TIBIRICÁ.

Aneurisma aórtico com compressão da artéria pulmonar — PAULO TIBIRICÁ e ALCINO BITTENCOURT DE ABREU.

Hemocytoblastoma sub-seroso com a presença de elementos semelhantes a hemocytoblastos em derrames ascitico e pleural — EDUARDO ETZEL.

Estudo do quadro hematologico de camondongos inoculados com lymphosarcoma de Meyer — MARIO E. DE SOUZA ARANHA e PAULO TIBIRICÁ.

Enfarto do myocardio e ulcera duodenal associada — JAIR RAMOS.

Contribuição para o estudo da nephrose lipoidica — JAIR RAMOS e J. OCTAVIO NEBIAS.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo — XVI, fevereiro de 1933.

Methodos de laboratorio para diagnostico da lepra — GASTÃO FLEURY SILVEIRA.

Noções actuaes acerca da tuberculose — A. ALMEIDA PRADO.

Primeira clinica de mulheres da Santa Casa — PEDRO AYRES NETTO.

Processo de Halban para cura dos prolapsos genitais — MOURA AZEVEDO FILHO.

Obstrucção intestinal por mesocolite e mesosigmoidite esclerosante e retrahida — SOARES HUNGRIA e J. V. CAMARGO.

Gazeta Clinica — XXXI, março de 1933.

Espasmos tonicos dolorosos como symptoma principal de uma polynevrite alcoolica — VIEIRA DE MORAES.

Considerações geraes sobre o diagnostico, o prognostico e o tratamento — ULYSSES PARANHOS.

Memorias do Instituto Butantan — VI, 1931.

Estudos sobre o typho exanthematico de S. Paulo — LEMOS MONTEIRO.

Pesquisas epidemiologicas sobre o typho exanthematico de S. Paulo — LEMOS MONTEIRO, F. FONSECA e ALCIDES PRADO.

Estudos sobre ophidios neotropicos — AFRANIO AMARAL.

Contribuições ao conhecimento dos culicídeos de São Paulo — ALCIDES PRADO.

Pesquisas sobre trypanosomas — J. B. ARANTES e F. FONSECA.

Estudos parasitológicos — J. B. ARANTES.

Pontos de vista básicos na terapêutica do ophidismo — AFRANIO DO AMARAL.

O soro seco como cicatrizante das úlceras produzidas pelo veneno botânico — AFRANIO DO AMARAL.

Modernas técnicas de preparo da antitoxina tetânica — LEMOS MONTEIRO e F. FONSECA.

Estudos sobre a unidade das frações albuminosas do soro — DIONYSIO VON KLOBUSITZKY.

Um electro-ultrafiltro modificado — DIONYSIO VON KLOBUSITZKY.

Pediatria Prática — IV, janeiro e fevereiro de 1933.

Novas iniciativas da Policlínica de Botafogo — LUIZ BARBOSA.

Lithiase renal na infância — JARBAS BARBOSA DE BARROS.

Sobre um caso de invaginação intestinal aguda na criança — ARY SIQUEIRA e GOMES DE MATTOS.

Publicações Médicas — IV, março de 1933.

A influência do calor sobre os lactentes — BARROS VIANNA.

Lipoma pseudo-flutuante da mama — VICENTE MODENA.

Anemias e avitaminose — GODOFREDO PIGNATARO.

São Paulo Médico — V, janeiro de 1933.

Medicina, ciência ou arte? — ALVARO DE FARIA.

Cura cirúrgica de um caso de paralisia antiga por secção do nervo mediano — F. E. GODOT MOREIRA.

Perturbações da nutrição com alimentação artificial — VICENTE BAPTISTA.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Handbuch der Gesamten Unfall heilkunde — PROFS. KONIG e MAGNUS, FERDINAND ENKE — editor, Stuttgart, 1933. — Com o 4.º fascículo, que acaba de ser distribuído, fica completo o 2.º volume da grande obra sobre acidente no trabalho que a casa Ferdinand Enke, de Stuttgart, vem editando em ótima feitura. Conforme já tivemos oportunidade de dizer, trata-se de uma iniciativa de grande utilidade, interessando não só aos médicos legistas como a todos os clínicos, que, frequentemente, têm que intervir em casos de acidentes no trabalho. Com o presente fascículo, completou-se a parte geral da obra, que compreende, só ella, 2 volumes e mais de 1.000 páginas.

Neumoperitонеo espontaneo — DR. B. DA CUNHA CAMPOS — 1932. — E' a separata de um interessante estudo que o A., residente em Campinas,

neste Estado, publicou em Actualidad Médica Mundial, de Buenos Aires, em março de 1932. Trata-se de um raro caso de pneumoperitонеo espontaneo, que teve sua origem na abertura de um processo infiltrativo bacilar através do diafragma, junto á base do pulmão direito.

El nitrito de sodio y el hipo sulfito de sodio como antidotos de la intoxicación por el cianuro de potasio — PROFS. ALFREDO BUZZO e ROGELIO CARRATALJ — B. Aires, ... 1933. — Os AA., que são professores de Toxicologia na capital argentina, fizeram um estudo muito interessante, verificando a toxicidade dos antidotos propostos, o primeiro dos quaes é bastante perigoso e menos eficaz que o segundo. Vae abaixo uma das suas conclusões: "O hyposulfito de sodio praticamente não offerece toxicidade. Experimentalmente pode ser admi-

Bismucithina
(Conti)

Específico da Lues e poderoso fortificante.

Formula :

Hydr. de Bismutho,
Lecitina, Oleo de fígado de bacalhão,
Guayacol e Vitaminas

Solução Policalcica
(Conti)

Remineralização.
O producto mais rico em Calcio. — Isento de choque — Via hypodermica.

Formula :

Glycerofosf, Ca
Formiato "
Cacodilato "
Clorureto "

Opoblastol

Ação cumulativa, reguladora do synergismo endócrino, vitaminica, hemopoyetica, recalcificante.

Kathiolan

Cura da escabiose após 1 ou 2 applicações.

Ormicetas

Hygiene intima das senhoras.

Tussamag

Tratamento scientifico das bronchites pela acção das saponinas.

Bacillosan

Tratamento scientifico pelo bacterium do acido lactico (conforme Dr. Loeser) do fluor albus (não gonorrheico).

Rheukomen

Rheumatismo, sciatica, lumbago, etc.

Iobramag

Iodo-Bromo. Lues terciaria, arterio esclerose, asthma.

Bioplastol
(Agnoli)

Lecithina
Luteina
Cholesterina

} **PODEROSO RECONSTITUINTE**

Amostras e literatura com

G. Conti & Cia.

São Paulo.

Caixa Postal, 3127

PULMATOL

O
MELHOR REMEDIO
CONTRA A
TOSSE

LABORATORIO ESPECIALIZADO DE ANALYSES

para Líquido cephalo-rachidiano

Para atloido-occipitais. Lipiodól radiológico ascendente e descendente. Injeções de ar para ventriculographia. Injeções medicamentosas intra-rachidianas.

Dr. Oswaldo Lange

RUA SENADOR FEIJÓ' N.º 27

Salas 88 e 89-A

Phone, 2-1331

SÃO PAULO

THERMAS DA FONTE SONIA

AGUA RADIOACTIVA

VALLINHOS - CAMPINAS

Estação climaterica para tratamento das molestias do *figado*, rins, *estomago*, intestinos, arterio-esclerose, diathese arthritica, arthritismo agudo, nas molestias ligadas ás perturbações da nutrição com dyscrasia, nas molestias genito-urinarias, principalmente nas cystites chronicas, nos engorgitamentos ganglionares, lithiase em geral e insufficiencias hepato-renaes.

Grandemente diuretica, é uma agua eliminadora por excellencia, e excitadora do metabolismo cellular.

Excellentemente como agua de mesa, por ser levissima e de paladar agradavel — (centenas de attestados medicos affirmam a sua efficacia).

Hotel offerecendo o maximo conforto, com optima cozinha e dietas apropriadas. Quartos de primeira e de luxo, com apartamentos. Preços modicos.

Distante de S. Paulo apenas 1 hora e meia, pela Estrada de Ferro Paulista. Pela estrada de rodagem official, apenas 2 horas. A distancia da Estação de Vallinhos ao hotel é apenas de 3 kilometros. Serviços de automoveis.

Estação de cura aberta durante o anno inteiro. — Clima agradavel. — Altitude de 690 metros.

Pedidos de informações ao gerente

ANTONIO CAPPELLOTTI

Vallinhos — Campinas.

nistrado em altas doses e clinicamente a sua acção é a mais benéfica". O trabalho foi publicado na "Semana Médica", n.º 15 de 1933.

Trabajos de la Clínica — Dr. FIDEL FERNANDEZ — Editorial Urania, Granada, 1932. — Em forma de livro appareceu o primeiro volume dos annaes do hospital San Lázaro, de Granada, Espanha. Contem não só os trabalhos publicados pelo seu director, o prof. Fidel Fernandez, como também os da autoria dos seus colaboradores. O summario é variado e os trabalhos que contem são de grande valor, evidenciando uma escola clinica muito bem orientada e conduzida. A edição é da Editio-

rial Urania (Manoel Paso, 2) Granada.

Revue Médico-sociale de l'Enfance — I, n.º 1, 1933. — Acaba de apparecer em Paris, editado pela casa Masson & Cie (Boulevard Saint-Germain, 120), uma revista technica destinada não só aos medicos como a todos os que se interessam pela infancia nas suas relações com a sociedade.

Estudos, conselhos e informações em grande numero e firmados por autoridades de renome — eis o que se lê em mais esta excellente publicação que Masson edita em agradável feitura.

NOTICIARIO

Sociedade de Pharmacia e Chimica

Homenagem a Luiz de Queiroz. — Sob a presidencia do sr. Penna Malhado, secretariada pelo sr. Saverio Labate e senhorita Celiniz Fonseca, com a presença de grande numero de socios, realisou-se a 7 de abril de uma sessão ordinaria da Sociedade de Pharmacia e Chimica de São Paulo.

O sr. presidente, abrindo a sessão, communicou á casa o passamento do professor Luiz Manoel Pinto de Queiroz, socio fundador da Sociedade e seu membro honorario. Disse algumas palavras sobre o extinto, propondo a transformação da sessão ordinaria em especial em homenagem á memoria do socio extinto. Aceita a proposta, foi concedida a palavra á senhorita Cendy Guimarães, oradora official da Sociedade, que pronunciou uma allocução, de que extrahimos os seguintes trechos:

"A vida de Luiz de Queiroz, a qual estava entrelaçada grande parte do passado da nossa Sociedade, pode-se applicar a imagem usada por Schopenhauer, ao discutir a liberdade de querer: — "Uma arvore é, em seu todo, a manifestação repetida de um só e mesmo esforço. Sua

forma visivel mais simples é a fibra; associando-se ás suas iguaes forma a folha, o peciolo, o ramo, o tronco e, em cada um delles reconhece-se o mesmo esforço".

E' a força de vontade orientada para um só fito, transformando os materiaes estranhos em novas forças, contornando o obstaculo, aprofundando-se, crescendo sempre em direcção á luz. Foi uma só e mesma força, sem desfallecimentos e sem mutações, dirigida sempre para o seu fim, que fez do proprietario de uma pharmacia pequenina e modesta o industrial que deu a São Paulo a fabricação do acido sulfurico. Muitas foram as suas realisações, mas, esta basta para immortalisar uma vida. Só nos lembrarmos do que representa o acido sulfurico para a industria chimica, na multiplicidade das suas applicações, apreciaremos a extensão do serviço prestado. Marcel Boll, no seu "Cours de Chimie", querendo accentuar a importancia industrial do acido sulfurico, do qual já se póde dizer que pela quantidade consumida se avalia o desenvolvimento industrial de um povo, representa-o, suggestivamente, como nucleo cen-

tral do qual irradiam, primeiro, as industrias basicas, tratamento do petroleo e hulhas, metallurgia dos mais importantes metaes, depois a fabricação de anilina, adubos, acidos organicos, dextrina, amido, etc. até a obtenção do alcool, ether, nitrações, etherificações, etc."

"Como lente da Escola de Pharmacia e Odontologia de São Paulo não se satisfazia com as prelecções claras e methodicas, sem arroubos de rhetorica nem termos empolados destinados a deslumbrarem os alumnos, levava-os frequentemente ás fabricas, mostrando-lhes praticamente o que era e o que devia ser entre nós a industria chimica; não se esquecendo de fazer resaltar sempre a possibilidade de novas industrias que empregassem material nosso, que explorassem as nossas jazidas, libertando-nos do tributo da industria estrangeira. Durante essa época muitos trabalhos seus appareceram em jornaes e revistas technicos e a sua preocupação constante revelava-se vivamente nas communicações trazidas a esta Sociedade: — o aproveitamento das nossas jazidas de sões de magnesio, a industria dos varios sões de baryo, a fabricação do oleo e adubo de peixe, aproveitando o boto e sobretudo o golfinho que pullula nas costas brasileiras, tornando-se até prejudicial.

De vez em quando lembrava-se do seu velho tempo de boticario e trazia á discussão modificações ás pharma-

copéas em uso. Foi assim que levantou a questão a respeito da mostarda e da linhaça desengorduradas dos oleos de amendoim e de algodão substituindo os de amendoas e de olivas, sempre falsificados, da agua filtrada no preparo dos medicamentos em vez da distillada, prescindível num paiz em que não se encontram aguas duras.

Essas theses foram, além de outras, enviadas pela nossa Sociedade ao 2.º Congresso Brasileiro de Pharmacia.

Durante o 1.º Congresso Brasileiro de Pharmacia, ao qual compareceu como membro da representação paulista, apresentou as bases de uma Cooperativa Pharmaceutica com a qual pensava reerguer a classe, primeiro material e depois intellectual e moralmente. Um dos itens do projecto era o estabelecimento de um laboratorio para controle dos preparados pharmaceuticos que trariam, quando por elle approvados, para o clinico e para o pharmaceutico, a garantia da sua pureza. Passaram-se dez annos e, ha pouco tempo, um dos nossos consocios reclamava providencias assecuratorias da pureza desses productos, hoje, como hontem, empregados sem a menor garantia.

No 2.º Congresso Brasileiro de Oleos representou tambem a nossa Sociedade e, ao se realizar aqui o 2.º Congresso Brasileiro de Pharmacia, em cuja commissão organisadora trabalhou, foi eleito seu presidente effectivo".

Necrologia

Dr. Sylvio Maya. — Falleceu a 9 de abril nesta capital, com a idade de 70 annos, o dr. Sylvio Azambuja de Oliva Maya, director da Maternidade de S. Paulo.

O extinto deixa largo circulo de amigos e admiradores de seus actos, pois foi um incansavel instituidor de estabelecimentos de protecção ás mulheres desamparadas. Era viuvo da exma. sra. d. Sophia Aguiar Maya, de cujo consorcio deixa os seguintes filhos: dr. Sylvio de Aguiar Maya, engenheiro, solteiro; Mario de Aguiar

Maya, casado com a sra. d. Maria de Souza Maya; Zavia Maya Silveira, casada com o sr. Waldemar Aragão da Silveira; Odilla Maya Vasconcellos, casada com o dr. Ivan M. Vasconcellos; dr. Carlos de Aguiar Maya, advogado, casado com d. Maria José de Barros Maya; Fabio de Aguiar Maya, casado com d. Julia de Souza Maya. O extinto era cunhado da sra. d. Domitila Tobias de Aguiar, da sra. d. Adelina Tobias de Aguiar, do sr. João Tobias

de Aguiar, e do dr. Heitor Tobias de Aguiar.

O seu sepultamento realizou-se hontem, ás 9 horas, sahindo o feretro da rua Brigadeiro Tobias 70, para o cemiterio da Consolação.

Ao baixar o corpo á sepultura, falaram os drs. Vieira Marcondes, pela Maternidade de S. Paulo; Edgard Braga e Raul Briquet, que pronunciou a seguinte oração em nome da Faculdade de Medicina de São Paulo:

“Senhoras e senhores — Em nome da Faculdade de Medicina, da Escola de Obstetricia e, em particular, da Clinica Obstétrica, vimos trazer a nossa ultima homenagem ao caro amigo e mestre — Professor Sylvio Maya.

Formado no Rio, em 1885, veio logo para São Paulo, onde consagrou a sua longa vida de medico ao exercicio da obstetricia e gynecologia.

Durante um periodo de perto de 35 annos, foi, successivamente, o primeiro professor de Clinica Obstétrica da Faculdade, fundador da Escola de Obstetricia e director da Maternidade de São Paulo, cargo que exercia desde 1898.

Como director da Maternidade, ahi está a sua grande obra. Da modesta casa da ladeira de Santa Ephi-genia, onde o conhecemos pela primeira vez, foi Sylvio Maya dilatando a projecção social da Associação Protectora das Mulheres Desamparadas. Construiu edificios e pavilhões; Maternidade, Instituto Baroneza de Limeira, o predio onde funciona a Clinica Obstétrica da Faculdade e o Pavilhão de Infectadas, testemunhos da sua infatigavel operosidade e benemerencia.

Não obstante a tarefa profissional ingente, Sylvio Maya dividia a sua inquebrantavel actividade entre a lavoura, que lhe merecia especies desvelos, e a Maternidade, cujos estatutos, ainda ha poucos dias, acabava de reformar.

Era inconfundivel na sua função de director clinico. Centralisava tudo; tudo havia de ser por elle proprio resolvido. Sabia quebrar as arestas

da ardua missão, fiando na acção do tempo, para desfazer desintelligencias e dissidios. Preferia a solução evolutiva, sempre accommodaticia.

Tinha irrestricto respeito á liberdade dos collegas, e jamais o vimos constrangel-os, impondo-lhes, violento, o seu ponto de vista. Catechisava. Convertia. Cultuava o espirito de conciliação, e nelle se abrigava um animo tolerante, disposto a excusar faltas e irregularidades de serviço.

A sua caracterisação é, porém, mais nitida na vida professoral. As aulas, syntheticas e praticas, documentadas em vasta experiencia e casuistica, deixavam a convicção de que o professor apprehendera o programma clinico em sua totalidade. Subordinava o diagnostico ao conjunto dos dados objectivos, e ao bom senso, disciplinado pelo tirocinio.

Deve-lhe a obstetricia de São Paulo optimos ensinamentos. Foi Sylvio Maya quem vulgarizou, de modo systematico, entre medicos e parteiras, a pratica do “palpar”, mal conhecido então, e cujo valor desnecessario é aqui referir.

Empenhava-se em restringir as indicações operatorias ao indispensavel, sabedor de que a Arte jamais suppre a acção espontanea e proporcionada da Natureza.

Na therapeutica da infecção puerperal, culminou o acerto de sua diretriz clinica. Supprimiu as lavagens intra-uterinas, antecipando, deste modo, o dogma da intangibilidade do organ infectado, criterio seguro no tratamento moderno do puerperio pathologico.

São esses, senhoras e senhores, em traços muito largos, alguns aspectos do grande obstetra e bemfeitor, que perde São Paulo.

Dorme em paz, mestre amigo, o teu derradeiro somno, que nós, discipulos e amigos, procuraremos continuar a tua obra de altruismo. E, na continuidade do objectivo, que os teus companheiros, saudosos do convívio e do exemplo, certo hão de respeitar, palpitará, eterna e luminosa, na obstetricia paulista, a obra de Sylvio Maya”.

CHLORO-ANEMIA
 APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
 de PARIS
Exigir os Verdadeiros
Pilulas e Xarope
BLANCARD
Blancard de PARIS
 Assinatura e Etiqueta verde.
POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

MAGNESIA FLUIDA

*Preparado popular de resultados seguros,
 usado entre nós ha quasi cem annos.*

E' um excellente remedio empregado em todos os casos de irritação e perturbações de estomago, acidez, enjoo, vomitos, asias e dôr. Poderoso absorbente de gases, emprega-se por isso, com vantagem, nas dyspepsias flatulentas, desarranjos intestinaes, molestias do figado, enxaqueca, prisão de ventre. Um vidro, tomado em duas vezes, com intervallo de 20 minutos, opéra como laxativo suave, proprio para as pessoas fracas.

Preparada com grande esmero, no Laboratorio do já conhecido "CAJU' PURGATIVO", emapparelhos especiaes isentos de cobre, o que ha de mais perfeito, e com todos os requisitos adequados e usados nos Laboratorios mais completos da Europa, tem portanto um sabor caracteristico e agradável de Magnesia Fluida purissima: a prova está na grande acceitação por parte do publico e dos senhores medicos.

A "Magnesia Fluida Queiroz", devido ao seu extraordinario poder, sem reclames e em poucos mezes de existencia, já tem uma incalculavel clientela em toda parte do Brasil.

RHEUMATISMO?: RHEUMALINA!



Formula da "Rheumalina"

cada colher das de sopa contém:

Salicylato de sodio purissimo (recrystallizado em pequenas agulhas)	gms.
Iodureto de potassio puro	1,00
Extracto estabilizado de Equinodorus macroplius (chapea de couro)	0,25
Idem Polypodium lpidoptera (samambaias)	q. o.
Tint. de gengiana.	q. o.
Glyccina neutra	q. o.
Xarope de casca de laranjas amargas	3 c. o.
	q. o.

**FORNECEMOS AMOSTRAS, QUANDO SOLICITADAS, AOS
SENHORES CLINICOS.**

LABORATORIO DA "RHEUMALINA"

Rua das Palmeiras, 12. Tel. 5-2667. São Paulo

**A Grande Marca dos Antisepticos
Urinarios e Biliares**

**URASEPTINE
ROGIER**

Dissolve e Expulsa o Acido Urico

EMPREGADA COM SUCESSO

**nos Hospitais e Dispensarios da Cidade de Paris,
da França, do Mundo inteiro**

Amostras e Literatura com os ars.

JULIEN & ROUSSEAU

Agentes gerais para todo o Brasil

**174, R. Gen. Camara — Caixa Postal, 484
RIO DE JANEIRO**

HENRY ROGIER

**Antigo Interno dos Hospitais de Paris ou Membro da
Sociedade de Chimica da França**

56, BOULEVARD PEREIRE, PARIS

